APPENDICITIS UND IHRE BEZIEHUNGEN ZU DEN WEIBLICHEN GENITALORGANEN.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 5. OKTOBER 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

HUGO KRÜGER

AUS MISSEN.

OPPONENTEN:

HERR DR. MED. ANDRESS, PRAKT. ARZT.
HERR F. LINKE, ARZT AM KRANKENHAUSE MOABIT.
HERR DR. MED. STUHL, CAND. MED.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

LEIPZIG

DRUCK VON J. B. HIRSCHFELD

1897.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535723_0226

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Wenn Helferich in seinem auf dem Congresse für innere Medicin zu München gehaltenen Referate die Frage stellt, wer von uns Aelteren hat während seiner Studienzeit in der chirurgischen Klinik viel von Perityphlitis gesehen und gehört, so werden nicht blos diese, an die die Frage gerichtet, sondern auch die Jüngeren ihre Berechtigung anerkennen. Denn die richtige Erkenntniss der Perityphlitis, die genauen Angaben über Art und Entwicklung der Krankheit und die daraus sich ergebenden Indicationen zum operativen Handeln haben Dank der gemeinsamen Arbeit der Chirurgen und der inneren Mediciner in neuester Zeit ganz unerwartete Fortschritte gemacht. Als es feststand, dass die entzündlichen Affectionen der Ileocöcalgegend fast ausschliesslich vom Wurmfortsatz ausgingen, hat man sich zur Aufgabe gemacht, die Differentialdiagnose von anderen hier in Betracht kommenden Affectionen zu präcisiren. So hat Sonnenburg[1]) neuerdings wieder auf die wichtigsten Gesichtspunkte aufmerksam gemacht.

Der Aufforderung meines hochverehrten Chefs, des Herrn Prof. Dr. Sonnenburg, bin ich nachgekommen, um speciell durch eigene und fremde Beobachungen die Beziehungen der Appendicitis zu den weiblichen Genitalerkrankungen zu klären.

Von Beginn der Erkenntniss der Perityphlitiden wurde beobachtet, dass eine Prädilection des männlichen Geschlechtes bei den entzündlichen Affectionen der rechten Fossa iliaca besteht. Auf Grund dieser Beobachtungen sind zahlreiche Statistiken veröffentlicht, nach denen

1) Pathologie und Therapie der Perityphlitis. III. Aufl. Leipzig 1897. S. 29ff.

das männliche Geschlecht in mehr oder minder grösserem Procentsatz gegenüber den Frauen erkrankt.

Demgegenüber stehen die Arbeiten von Einhorn[1]) und Schlafke[2]), die nach ihren Untersuchungen zu dem Resultate kommen, dass Männer und Frauen procentualisch gleich an Perityphlitis erkranken. Nach den in den letzten 7 Jahren in unserem Krankenhause operirten 209 Fällen, die sich bei Sonnenburg (l. c.) zusammengestellt finden, ergiebt sich folgendes Verhältniss:

127 Männer = 59,33 Proc.
85 Frauen = 40,67 = ,

wonach eine allerdings geringe Prädilection des männlichen Geschlechtes anzunehmen wäre. Es lässt sich dies vielleicht dadurch erklären, wenn man die Aetiologie der Perityphlitis in Erwägung zieht, dass beim Weibe ausser den auch beim Manne für den Appendix vorhandenen Blutquellen noch eine besondere im Ligamentum appendiculo-ovaricum vorhanden ist, das dem Appendix eine Arterie zuführt. Auf diese anatomischen Verhältnisse werden wir weiter unten noch ausführlicher zurückkommen. Dieser Ansicht scheint auch von Cott[3]) zu sein. Er sagt: „Es ist eine auffallende Thatsache, dass Frauen seltener von Appendicitis betroffen werden wie Männer, und dass jene vermöge des Lig. appendic. ovar. noch eine besondere Blutversorgung des Proc. verm. haben."

Nach Sonnenburg (l. c.) unterscheiden wir:

I. Appendicitis simplex
   1. Gruppe: Appendicitis acuta et chronica catarrhalis.
   2. = = simplex mit Complicationen.

II. Appendicitis perforativa
   1. Gruppe: Einfache Abscesse.
   2. = Appendicitis perforativa mit Complicationen.

III. Appendicitis gangraenosa.

Auf einen typischen Anfall von Appendicitis simplex wird mitunter durch eine Erscheinung hingewiesen, die man mit „Colica appendicularis" bezeichnet. Die Beschwerden derselben werden von den Patienten meist richtig localisirt, und dennoch wird es häufig sehr schwierig sein, diese Beschwerden richtig zu deuten und bei dem

1) Ueber Perforation des Proc. verm. und des Coecums. Inaug.-Dissertation. München 1891.

2) Beitrag zur Casuistik der Perityphlitis. Münchener med. Wochenschrift. Nr. 32 u. 33. 1895. I.-D. Greifswald 1895.

3) Ueber Appendicitis von Dr. George R. Fowler. Autorisirte Uebersetzung. Berlin 1896. S. Karger.

Fehlen von fast allen objectiven Symptomen andere Erkrankungen, die unter einem ähnlichen Krankheitsbilde auftreten können, mit Sicherheit auszuschliessen. Die Colica appendicularis ist jedoch eine an und für sich seltene Erscheinung, so dass sie differentialdiagnostisch viel weniger in Betracht kommt als der typische Anfall von Appendicitis simplex, von dem wir nach Sonnenburg (l. c.) folgendes Krankheitsbild erhalten, das uns immer die Diagnose stellen lässt.

Die schmerzhaften Anfälle, die in der Ileocöcalgegend ihren Sitz haben, gehen manchmal in wenigen Tagen ohne wesentliche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens vorüber, oder sie setzen mit stundenlang andauerndem, in die ganze Bauchhöhle ausstrahlendem Schmerz, von Erbrechen und Diarrhoe begleitet, ein. Dabei kann hohes Fieber von kurzer Dauer bestehen. Der Patient aber macht durchaus nicht einen schwerkranken Eindruck, und wenn ihn nicht die Schmerzen ans Bett fesseln, wird er wegen anderer Störungen kaum dasselbe aufzusuchen geneigt sein. Der Schmerz wird erst in der Gegend des Magens und Nabels angegeben und dann allmählich in der rechten Seite localisirt. Auch kann es vorkommen, dass gleich in den ersten Tagen infolge allgemeiner Reizung des Bauchfelles sich starker Meteorismus einstellt. Der Leib pflegt dann bei Berührung überall schmerzhaft zu sein. Infolge der Auftreibung der Därme ist zunächst irgend ein localer Befund nicht zu erheben. Für gewöhnlich gehen die meteoristischen Erscheinungen sehr bald zurück; dann pflegen deutliche Anzeichen einer Entzündung in der Ileocöcalgegend wahrgenommen zu werden. Doch können letztere ohne gleichzeitigen Meteorismus von vornherein vorhanden sein. Die entzündlichen Anzeichen in der Ileocöcalgegend können sich entweder als eine strangförmige Resistenz zeigen, die sofort als dem Appendix angehörend auch erkannt werden wird. Die Fälle aber, in denen man eine derartige, der Form des Appendix entsprechende strangförmige Resistenz fühlt, sind bei den acuten Nachschüben der Krankheit selten. Im Allgemeinen ist der verdickte Wurmfortsatz bei den acuten Attaken selbst nicht zu palpiren, dagegen zwischen den Anfällen eher als solcher durch die Palpation zu erkennen. Man wird während des acuten Nachschubes der Appendicitis simplex eine mehr oder weniger begrenzte Resistenz, einen Tumor, wahrnehmen.

Von den Genitalerkrankungen, die zu Verwechslungen Veranlassung geben können, kommt hier hauptsächlich die Pelveoperitonitis mit ihren Theilerscheinungen, der acuten Perimetritis, Perisalpingitis und Perioophoritis in Betracht. So sagt Winter[1]), dass

1) Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik. Leipzig 1896.

ganz ausserordentlich häufig eine rechtsseitige Perimetritis und Adnexerkrankung durch eine fehlerhafte Untersuchung zu der Diagnose einer Paratyphlitis führt, insofern als rechtsseitige Schmerzen, wenn nur äusserlich durch Druck auf den Unterleib untersucht wird, ohne Weiteres auf das Coecum bezogen werden, um so mehr, wenn Obstipation, welche ja fast bei keiner gynäkologischen Erkrankung zu fehlen pflegt, vorhanden ist.

Wir haben allerdings gerade die gegentheilige Erfahrung gemacht, nämlich dass Appendicitiden für Genitalerkrankungen angesehen werden. Es kommt jedoch hier die Art des Irrthums bei der Diagnosenstellung nicht in Betracht, sondern nur, dass irrthümliche Diagnosen gestellt wurden.

Bei genauer Anamnese und sorgfältiger Untersuchung bieten sich so charakteristische Unterschiede beider Krankheiten, dass die Differentialdiagnose sich stellen lässt. Bei der Pelveoperitonitis und ihren Theilerscheinungen werden wir häufig durch die Anamnese erfahren, dass längere oder kürzere Zeit ein gelblicher, fressender Ausfluss und zuweilen auch Brennen beim Wasserlassen besteht. Die Defäcation ist meist schmerzhaft. Die Leibschmerzen, mitunter ebenfalls mit Erbrechen und Singultus einsetzend, treten dann auch plötzlich auf, haben aber einen anderen Sitz wie bei der Appendicitis. Sie werden tiefer in die Gegend des Poupart'schen Bandes localisirt. Bestehen in beiden Seiten gleichmässig starke oder links gar noch stärkere Schmerzen, so weist dies auf eine Genitalerkrankung hin. Bei der Untersuchung per vaginam besteht eine Druckempfindlichkeit des Peritoneums, die sich bei Betastung der mit Peritoneum bekleideten Abschnitte des Beckens oder beim Bewegen des Uterus nachweisen lässt. Selten fühlt man zu Anfang einen Tumor. Ist ein Tumor vorhanden, so wird er meistentheils im Cavum Douglasii liegen, bezw. sich von hier ausbreiten.

Schwieriger wird die Differentialdiagnose, wenn, wie es durch beide Erkrankungen hervorgerufen sein kann, eine allgemeine peritonitische Reizung besteht, die sich durch Meteorismus und allgemeine Schmerzhaftigkeit des Leibes kenntlich macht. Dieses Symptom findet sich jedoch häufiger bei der Appendicitis wie bei der Pelveoperitonitis. Es lässt sich dies wohl durch die verschiedenen Infectionserreger erklären, die dabei in Betracht kommen. Das Bacterium coli commune, das hauptsächlich bei der Appendicitis in Frage kommt, ruft, wie wir nach den neueren Untersuchungen wissen [1]), diffuse Reizungen des

1) Günther, Einführung in das Studium der Bacteriologie. Berlin 1895.

Peritoneums und diffuse eitrige Peritonitis hervor, während der Gonorrhoecoccus, der bei den Pelveoperitonitiden eine so hervorragende Rolle spielt [1]), fast stets nur circumscripte Reizungen des Peritoneums und örtliche eitrige Peritonitis verursacht.[2]) Ausserdem wird der durch die Anamnese festgestellte Beginn der Krankheit und das bei der Appendicitis öfter durch Percussion nachweisbare ausgebreitete Exsudat zur richtigen Diagnose führen. In diesen Fällen von Appendicitis lässt uns die vaginale Untersuchung und die durch sie festgestellte für die Pelveoperitonitis charakteristische Schmerzhaftigkeit der mit Peritoneum bekleideten Abschnitte des Beckens im Stich, weil es hierbei möglich ist, dass durch die weiter ausgebreitete Reizung des Peritoneums bei der Genitaluntersuchung eine Schmerzhaftigkeit des Uterus und seiner rechtsseitigen Adnexe gefunden wird, wie es auch bei der eitrig katarrhalischen Form der Appendicitis der Fall sein kann, wo ausserdem noch, wenn der Processus vermiformis ins kleine Becken reicht, eine Resistenz oder ein Tumor von der Scheide aus zu palpiren ist. So fand Richelot[3]) bei einem 18jährigen Mädchen, Virgo, die seit 18 Monaten an heftigen Schmerzen in der rechten Seite, anfänglich nur zur Zeit jeder Periode, zuletzt beständig litt, wozu sich zeitweise Fieber gesellte, die Betastung rechts, auch im Niveau der Uterusanhänge enorm schmerzhaft, links nur wenig empfindlich, obwohl man hier eine kleine bewegliche Geschwulst fühlte. Die Mastdarmuntersuchung liess am rechten Uterusrande eine harte Masse fühlen. Symptome von Seiten des Darmes fehlten. Bei der Laparotomie fand Richelot das rechte Ovarium gesund, in dem linken eine Cyste. Das Netz haftete fest an der rechten Tube und dem mit derselben gleichfalls verwachsenen Wurmfortsatz. Erstere war gesund, letzterer in eine cylinderförmige fluctuirende Geschwulst umgewandelt, aber nicht perforirt. Resection des Wurmfortsatzes, Heilung von allen Beschwerden. Richelot kommt zu dem Schluss, dass in zweifelhaften Fällen ein etwas höherer Sitz der Geschwulst und des Schmerzes, insbesondere aber der ausschliesslich rechte Sitz der Beschwerden für ein Leiden des Wurmfortsatzes und gegen eine Erkrankung der Uterusanhänge sprechen. Dem stimmen wir völlig bei, möchten aber noch darauf aufmerksam machen, dass sich, wie es sich aus den oben gegebenen Krankheitsbildern entnehmen lässt, aus der Anamnese, aus der Art des Beginnes jeder der in Betracht

---

1) Wertheim, Arch. f. Gynäkologie. Bd. XLII. 1892.
2) Bumm, Centralbl. f. Gynäkologie. Nr. 50. 1896.
3) De l'appendiculite chez la femme.

kommenden Krankheit wichtige Hülfsmittel für die Differentialdiagnose ergeben.

Die Appendicitis simplex catarrhalis acuta kann, häufiger auftretend, in die chronische Form übergehen. Jeder Anfall wird ungefähr das oben geschilderte Krankheitsbild liefern. Abgesehen von den früher genannten charakteristischen Unterschieden der acuten Appendicitis und Pelveoperitonitis, die auch für die chronischen Erkrankungen gelten, bieten sich für die letzteren noch neue Gesichtspunkte. Die Pelveoperitonitis chronica recrudescirt hauptsächlich zur Zeit der Regel. Dann besteht bei ihr Sterilität oder doch wenigstens erschwerte Conceptionsfähigkeit. Nicht selten ist ein Uterin- oder Cervicalkatarrh vorhanden.[1])

Der Appendicitis perforativa sind häufig typische Anfälle von Appendicitis simplex vorausgegangen, so dass wir schon durch die Anamnese auf die richtige Bahn geleitet werden. Wenn dann plötzlich Koththeilchen, Schleim, Eiter oder eine infolge der Entzündung üppig virulente Bacterienvegetation einen Peritonealabschnitt, der noch besonders disponirt dazu ist, überfallen, so ist wohl ohne Weiteres ersichtlich, dass dadurch auch heftige und stürmische, klinische Symptome hervorgerufen werden müssen, die wohl charakterisirt sind und uns die Diagnose daher stellen lassen (Sonnenburg l. c.).

Unter fieberhaften und stürmischen Erscheinungen setzt die Erkrankung plötzlich ein. Ein heftiger Schmerz im Bauch, entweder mitten in voller Gesundheit oder nach unbedeutendem Unwohlsein, meist ohne nachweisbare Ursache oder nach geringfügigem Anlass, zeigt sich anfänglich im ganzen Leibe, kolikartig auftretend, concentrirt sich aber nach kurzer Zeit in der rechten Seite. Erbrechen, verbunden mit Diarrhoe, in anderen Fällen Obstipation, schliessen sich unmittelbar an den Anfall an. Das die Perforation begleitende Erbrechen ist anhaltender und häufiger und steigert sich bei jedem Versuch, etwas zu sich zu nehmen. Der Puls ist klein und frequent, das Fieber schnell ansteigend, wird häufig durch einen Schüttelfrost eingeleitet. Die Tympanie ist ausgeprägt, das Allgemeinbefinden viel erheblicher gestört, meist leichte Cyanose und Schweissbildung auf der Haut vorhanden. In der Umgebung der Herderkrankung bildet sich eine deutliche Resistenz. Dieselbe bleibt meist in den ersten Tagen begrenzt, ist weniger empfindlich bei Druck, als das serös-fibrinöse Exsudat bei der Appendicitis simplex. Das Fieber ist dabei ein ganz atypisches. Im Allgemeinen sind bedeutende Steigerungen der Temperatur und

1) Fritsch, Die Krankheiten der Frauen. Berlin 1894.

stark beschleunigter Puls vorhanden. Oft pflegt das Fieber einige Tage anzuhalten, um dann wieder abzufallen, und normale Morgentemperaturen stellen sich wieder ein. Neues Aufflackern der Temperatur kündigt neue Nachschübe an. Aber der umgekehrte Schluss ist nicht zutreffend. Eine Temperaturerniedrigung ist nicht unvereinbar mit schweren Complicationen. Letztere sind sehr zu vermuthen aus der mit der Temperatur in Gegensatz tretenden hohen Pulsfrequenz. Die gynäkologische Untersuchung ergiebt, wenn nicht gleichzeitig eine Genitalerkrankung besteht, normale Verhältnisse. Das Rectum ist mitunter mit grossen Massen harter Scybala ausgefüllt.

Unter ähnlichen stürmischen Erscheinungen kann eine Parametritis im Wochenbett auftreten. Hier wird aber schon die Anamnese auf die richtige Diagnose führen. Dann ist sehr charakteristisch, dass das Allgemeinbefinden nur wenig oder gar nicht leidet ausser durch die Schmerzen. Das Gesicht behält seinen natürlichen Ausdruck. Die Zeichen diffuser Peritonitis fehlen, zumal der Meteorismus. Der obere Theil des Abdomens bleibt stets frei von Druckempfindlichkeit. Der Sitz des Exsudates ist meist ein anderer wie bei der Appendicitis perforativa. Das im Bindegewebe liegende Beckenexsudat wird als diffuse, feste Resistenz bei bimanueller Untersuchung getastet. Bei längerer Dauer der Krankheit verbreitet sich die Exsudation von ihrem anfänglichen Sitz im unteren Theile des Lig. latum nach oben in das Lig. latum, so dass es von aussen deutlich erkennbar wird. Doch reicht es dann immer noch nur wenig über den Eingang zum kleinen Becken hinaus, so dass zwischen ihm und dem typischen Sitz des durch den Appendix hervorgerufenen Exsudates eine freie Zone bleibt. In manchen Fällen jedoch wird durch die sehr umfängliche Exsudation die vordere Platte des Lig. latum in die Höhe gedrängt, so dass das Exsudat direct an die hintere Fläche der Bauchwand, oberhalb des Lig. Poupartii zu liegen kommt und hier percutirbar wird.[1]) Ebenso kann auch die Lage der durch den kranken Wurmfortsatz hervorgerufenen Abscesse in hohem Grade variiren, weil die Lage des Processus vermiformis schon normaler Weise eine sehr verschiedenartige ist, durch vorangegangene Verwachsungen noch mannigfaltiger werden kann, und weil endlich der Abscess sich an verschiedenen Stellen des zuweilen recht langen Wurmfortsatzes etabliren kann (Sonnenburg l. c.).

Doch auch in diesen Fällen, wo der palpatorische Befund für die Differentialdiagnose gar nicht oder nur unsicher verwerthet werden

1) Schröder, Lehrbuch der Geburtshülfe.

kann, giebt die Anamnese und einzelne klinische Symptome für die Erkennung jeder dieser beiden Krankheiten wichtige Anhaltspunkte. Die Pelveoperitonitis suppurativa dextra, die bei der Differentialdiagnose noch in Betracht kommen könnte, setzt nie mit so stürmischen klinischen Erscheinungen ein wie die Appendicitis suppurativa. In der Anamnese vermissen wir, dass die bis dahin gesunde Patientin von Zeit zu Zeit ohne Beziehung zur Regel kolikartige Schmerzen in der rechten Seite des Unterbauches empfunden hat. Wir werden dagegen erfahren, dass vor längerer Zeit gelblicher, fressender Ausfluss bestanden hat oder augenblicklich noch besteht oder eine Operation an den Geschlechtsorganen stattgefunden hat. Das letztere ätiologische Moment kommt allerdings heute nur noch selten zur Beobachtung Der Beginn der Krankheit setzt häufig auch mit erheblichen Schmerzen im ganzen Leibe ein, die sich nach einiger Zeit in die rechte Seite ziehen. Sobald der Process sich hier localisirt hat, werden die Schmerzen als tiefer sitzend wie bei der Appendicitis suppurativa angegeben. Es besteht Obstipation, die ja bei jeder gynäkologischen Erkrankung vorhanden zu sein pflegt. Wasserlassen ist entweder ohne Beschwerden, oder es wird über Tenesmus vesicae geklagt. Hauptsächlich fehlen aber die für die Appendicitis suppurativa charakteristischen stürmischen klinischen Erscheinungen, wie wir sie schon geschildert haben. Bei der Pelveoperitonitis zeigen sich höchstens locale Reizerscheinungen in Gestalt von leichtem Meteorismus, gelegentlich auch Erbrechen und Singultus, dazu jedoch nur leichtes, mitunter auch gar kein Fieber. Das pelveoperitonitische Exsudat kapselt sich am häufigsten im Douglas'schen Raume ab. Der Uterus wird durch das Exsudat an die vordere Beckenwand gedrängt, so dass man die Portio vaginalis dicht hinter der Symphyse fühlt. Vorn legt sich das Exsudat breit an die hintere Wand des Uterus, meist bis zum Fundus heran, und hinten tritt es in innige Verbindung mit der vorderen Kreuzbeinwand, während die seitlichen Beckenwandungen nur bei grösseren Tumoren erreicht werden. Die Consistenz des Exsudates ist im frischen Stadium immer eine fluctuirende. Die Mastdarmschleimhaut ist mitunter ödematös geschwollen und sondert glasigen Schleim ab.

Ist dieser für die Pelveoperitonitis supp. typische Palpationsbefund nicht vorhanden, oder hat sich der durch die Appendicitis hervorgerufene periappendiculäre Abscess an anormaler Stelle entwickelt, so dass der objective Befund nicht für die eine oder die andere Erkrankung maassgebend ist, so wird uns eine sorgfältig aufgenommene Anamnese, die Art des Beginnes der Krankheit die richtige Diagnose stellen lassen.

Unzweifelhaft kann die in Etappen fortschreitende Erkrankung des Wurmfortsatzes, die unter der Gruppe Appendicitis simplex zusammengefasst wird, ganz latent verlaufen. Es kann uns Wunder nehmen, dass manchmal so hochgradige Veränderungen des Organes sich vollziehen, ohne deutliche Krankheitssymptome zu machen. Aber wenn wir berücksichtigen, dass chronische Beschwerden, durch den Appendix hervorgerufen, bestehen können, aber leicht falsch gedeutet werden, wenn wir ferner uns in's Gedächtniss zurückrufen, dass in vielen Fällen auch Patienten hart gegen sich sind und, viel beschäftigt, nicht Zeit haben, über kleine Störungen nachzudenken, so werden uns diese scheinbar latenten Formen verständlicher werden (Sonnenburg, vgl. den Abschnitt über die App. perforativa, S. 172 ff.). Bei diesen Formen macht sichdie Krankheit klinisch zum ersten Male mit Auftreten der Perforation des Appendix bemerkbar. Hier wie in den Fällen, wo ein periappendiculärer Abscess, der nach den verschiedenen Anfällen von Appendicitis zurückgeblieben ist, oder eine Eiteransammlung in den Genitalorganen, die durch eine Mischinfection und nicht allein durch den Gonococcus entstanden ist, in die freie Bauchhöhle durchgebrochen ist, erhalten wir diffuse septische Peritonitis mit ihrem classischen Symptomenbild, das sich aus localen Reizerscheinungen und Zeichen der allgemeinen Sepsis zusammensetzt. Bei diesen Formen die Diagnose zu stellen, wodurch die Peritonitis entstanden ist, wird nur dann mit einiger Sicherheit möglich sein, wenn die Patienten eine genaue Anamnese anzugeben im Stande sind. Einen Fall dieser Art erwähnt Siegel.[1]) Es wurde die Diagnose auf Perforativappendicitis gestellt, und bei der Operation fand sich ein durchgebrochener Ovarialabscess.

Alte abgesackte und eingedickte Herde nach der Appendicitis suppurativa können abgesehen von ihrer Neigung zu Recidiven bei Frauen Beschwerden verursachen, die auf ein Genitalleiden hinweisen. In Betracht kommen von den gynäkologischen Erkrankungen alte parametritische, perimetritische Abscesse und Pyosalpinxe. Auf die mitunter entstehende Schwierigkeit der Differentialdiagnose weist auch Winter hin.[2]) Er sagt, dass paratyphlitische Exsudate, namentlich älteren Datums, leicht mit parametritischen Exsudaten verwechselt werden können, um so mehr, als sie sich so weit ins Lig. latum senken können, dass sie sich dem Uterus nähern. Bedenkt man nun, dass andererseits bei parametritischen Exsudaten, welche

1) Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. I. Bd. 2. Heft. Jena 1896.

2) Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik.

sich nach oben auf die Darmbeinschaufel erstreckt haben, durch Resorption die Verbindung mit dem Uterus verschwinden kann, so sieht man, dass ganz ähnliche Befunde entstehen können; für ein paratyphlitisches Exsudat spricht aber doch am meisten der Umstand, dass die Hauptmasse auf der Darmbeinschaufel liegt, während der mediane Theil des Lig. latum vollständig weich und frei ist. Weiter zeichnen sich die paratyphlitischen Exsudate dadurch aus, dass sie gegen die Bauchhöhle zu durch das darauf liegende Coecum eine sehr weiche und unbestimmte Contour haben und gedämpft tympanitischen Schall geben; die paratyphlitischen Exsudate hüllen das Coecum mehr ein, während die parametritischen eher flach auf der Darmbeinschaufel liegen. Aus den Angaben der Kranken kann der acute Anfang im Anschluss an Obstipation und mehrfache Recidive wohl für die Diagnose einer Paratyphlitis verwendet werden.

Jedoch nicht blos alte parametritische, sondern auch perimetritische Exsudate und Pyosalpinxe müssen berücksichtigt werden. Auch bei diesen Abscessen kann ein palpatorischer Befund erhoben werden, der für eine Appendicitis spricht, zumal man immer auch daran denken muss, dass bei der sehr variablen Lage des Wurmfortsatzes es nicht zu den grossen Seltenheiten gehört, dass er in das kleine Becken reicht, und dort sich ein periappendiculärer Abscess entwickelt haben kann, der von der Scheide aus gefühlt wird. Fowler (l. c.) meint, dass unter diesen Umständen die Differentialdiagnose nur nach Laparotomie wird möglich sein. Wir können das nicht völlig zugeben. Zunächst haben wir für einen Tubentumor ein untrügliches Zeichen, wenn wir einen dicken Strang vom Uterushorn zum Tumor palpiren können. Dann müssen wir, wie es auch Winter thut, darauf verweisen, dass wir durch die Anamnese, die Art des Beginnes der Erkrankung sehr werthvolle Hülfsmittel für die Erkennung jeder der in Betracht zu ziehenden Krankheit in die Hand bekommen. Zuweilen sind gleichzeitige Erkrankungen des Appendix und der rechtsseitigen Adnexe beobachtet worden. Auch in unserem Krankenhause sind mehrere derartige Fälle vorgekommen. Bedingt sind diese gleichzeitigen Erkrankungen wohl zum Theil durch die anatomischen Verhältnisse. Nach den neuesten Untersuchungen von Waldeyer und Martin[1]), die die früheren Angaben von Autoren[2]) bestätigen, erblickt man beim Aufheben des Wurmfortsatzes eine Peritonealfalte, die sich von dem Wurmfortsatz in den oberen Rand des Lig. latum fortsetzt.

1) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin vom 20. Juli bis 13. November 1896.

2) Treitz, Clado, Durand, Nagel. Citirt ebendaselbst.

Es ist eine Gebilde, welches die Verbindung der Lymphgefässe zwischen Ovarium und Wurmfortsatz umschliesst. Bei Fowler (l. c.) wird diese Verbindung auch erwähnt. Nach ihm verliert sich die Verlängerung des Mesoappendix im breiten Ligament, weshalb er die Bezeichnung „Ligament-appendiculo-ovarian" anwendet. Durch dieses Ligament geht zum Processus vermiformis, wie wir schon erwähnt haben, eine Arterie. Dieses Gefäss ist von Martin nur einmal gefunden worden, wovon er das Präparat in der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin Novbr. 1896 demonstrirte. Es ist durch dieses Ligament dem Entzündungserreger, der die Entzündung des einen Organes hervorgerufen hat, ein Weg gegeben, um auf das andere Organ überzugreifen. Meistens werden wohl durch diese gleichzeitigen Entzündungen Verwachsungen beider Organe sich herausbilden, die besonders fest und innig sein werden, wenn der Processus vermiformis in das kleine Becken hineinragt. Chognon[1]) hat diese Fälle aus der Literatur zusammengestellt. Er findet 12 mal Verwachsungen mit den entzündeten Adnexen, 20 mal mit Ovarialcysten, 1 mal mit einem Tumor des Mesenteriums. Besonderes Interesse von diesen Fällen beanspruchen die chronischen gleichzeitigen Erkrankungen, die häufig den Grund zu heftigen Beschwerden geben. Der in einem chronischen Zustande der Entzündung sich befindende Processus vermiformis ist durch die Verwachsungen sich stets wiederholenden Noxen ausgesetzt, woraus immer neue Reize zu Recidiven resultiren. Das an und für sich schmerzhafte Ovarium wird durch diese Verwachsungen entweder leichtere oder auch stärkere Schmerzen verursachen, die sich zur Zeit der Regel, wo eine stärkere Blutzufuhr nach den Genitalorganen stattfindet, bis zur Unerträglichkeit steigern können. Die Regel wird dadurch auch mit stärkerer Blutung auftreten wie früher. Nicht selten sind diese Leiden blos als Genitalerkrankung aufgefasst und demnach behandelt worden. Lange Zeit werden die Frauen dann mit dem ganzen Schatze der gynäkologischen conservativen Behandlungsmethoden gequält ohne den geringsten Erfolg, bis entweder durch genaue Anamnese und Untersuchung oder zufällig bei der Operation, zu der man sich schliesslich entschloss, der eigentliche Grund des Leidens entdeckt wurde, und mit seiner Entfernung mit einem Schlage die Beschwerden gehoben wurden. Einen in dieser Beziehung lehrreichen Fall theilt Kümmell mit.[2]) Eine Patientin mit einer über hühnereigrossen, eitergefüllten

1) Ueber Adhäsionen des Processus vermiformis mit den Nachbarorganen. Thèse de Lyon.

2) Festschrift zur Feier des Stiftungsfestes des ärztl. Vereines zu Hamburg.

Tube liess sich behufs Operation aufnehmen. Sie war mehrfach von verschiedenen Aerzten im Laufe der Jahre bei ihren schmerzhaften Anfällen behandelt worden. Die Einen hatten das Leiden für eine Erkrankung der Tube, gestützt auf den neben dem Uterus deutlich nachweisbar gelegenen Tumor gehalten, während die Anderen es für einen typischen perityphlitischen Anfall, für eine Blinddarmentzündung hielten. Bei genauer Untersuchung musste er beiden Parteien Recht geben, da ein deutlich verdickter Appendix und ein neben dem Uterus gelegener Tumor nachgewiesen werden konnte. Durch die Operation wurde der erkrankte, einen Kothstein enthaltende Wurmfortsatz, sowie der eiterhaltige Tubensack entfernt. Für diese Formen, sagte er, ist der Nachweis des verdickten Appendix das sicherste diagnostische Merkmal. Dies ist zweifellos richtig; meistens wird es auch das einzige diagnostische Merkmal bleiben, da häufig die Anamnese und auch das klinische Bild nur auf die Erkrankung eines Organes hinweisen. Smitt[1]) beschreibt einen Fall, wo einer jungen Frau wegen heftiger Schmerzen in der rechten Seite und starker menstrueller Blutungen das vergrösserte rechte Ovarium (Hydrops folliculorum) mit der Tube entfernt wird. Die Schmerzen liessen nicht nach, eine Resistenz rechts neben dem Uterus entsteht, und auch das linke Ovarium erkrankt, und Letzteres wird 6½ Monate nach dem ersten ebenfalls entfernt. Dabei fand sich, dass der Stiel der rechten Adnexe und Appendix als feste dicke Massen mit dem Coecum verwachsen waren. Erst nachdem diese Verwachsung gelöst ist, wird die Frau von diesen Schmerzen befreit.

Aus diesen Fällen, wie nach unseren eigenen Beobachtungen, die unten ausführlich mitgetheilt sind, geht deutlich hervor, dass bei gleichzeitiger Erkrankung des Appendix und der rechten Adnexe es mitunter zu den Unmöglichkeiten gehört, eine präcise Diagnose zu stellen. Es müssen gerade sehr günstige Verhältnisse vorliegen, wenn man beide Erkrankungen diagnosticiren kann, wie bei der von Kümmell erwähnten Kranken, und wie in einigen bei uns beobachteten Fällen, sonst wird man wohl häufig erst bei der Operation die gleichzeitige Erkrankung erkennen oder im Verlaufe der Behandlung eines Falles durch das Fehlschlagen sämmtlicher therapeutischer Eingriffe auf eine gleichzeitige Erkrankung hingewiesen werden.

Hauptsächlich wird die Schwierigkeit der Erkennung der gleichzeitigen Erkrankung des Appendix und der rechten Adnexe wohl dadurch bedingt, dass durch die häufig recht grossen und stürmischen

1) Kolektomie wegen Adhäsionen des Coecums mit einem alten Eierstockstiel und tuberculösem Appendix. Ref. Centralbl. f. Gynäkologie. 1895. Nr. 39.

Beschwerden, die das eine Organ hervorruft, die geringeren Krankheitserscheinungen des anderen in den Hintergrund gedrängt werden (cf. Gruppe III, Fall 4). Infolgedessen werden wir in der Anamnese nur einseitige Angaben bekommen, und auch die Art des Beginnes der Krankheit wie das klinische Bild wird uns häufig nur eine einfache Erkrankung vortäuschen.

Die Fälle, bei denen in unserem Krankenhause indirecte oder directe Beziehungen sich zwischen Appendix und den weiblichen Genitalorganen gefunden haben, möchte ich mir erlauben, im Folgenden mitzutheilen.

Zur besseren Orientirung über die mitgetheilten Krankengeschichten folgt hier zunächst eine Uebersicht über die Gruppen, die sich aus der Zusammengehörigkeit der einzelnen Fälle ergeben haben.

I. Fälle von einfacher Erkrankung entweder des Appendix oder der Adnexorgane, die mit unrichtiger Diagnose eingeliefert und zum Theil auch unter unrichtiger Diagnose operirt wurden.
II. Fälle, bei denen gleichzeitig Erkrankungen des Appendix und der Adnexe vorkamen, die zum Theil richtig erkannt wurden.
III. Fälle, bei denen im Verlaufe oder nach der Operation der Appendicitis Erkrankungen der Adnexe auftraten.
IV. Fälle von Schwangerschaft, die durch Appendicitis complicirt waren.

I. Fälle von einfacher Erkrankung entweder des Appendix oder der Adnexorgane, die mit unrichtiger Diagnose eingeliefert und zum Theil auch unter unrichtiger Diagnose operirt wurden.

1. Ella Dannull, 17 Jahre alt, Näherin, aufgenommen 14. Januar 1896, entlassen 28. März 1896.

Anamnese: Patientin, bisher stets gesund, erkrankte plötzlich unter Schüttelfrost und Erbrechen mit heftigen Leibschmerzen. Die Erkrankung wird sowohl von ihr als auch von ihren Angehörigen auf den 2 Tage vor Beginn derselben zum ersten Male ausgeübten Coïtus geschoben.

Befund und Symptome bei der Aufnahme:

Mittelgrosses, gracil gebautes Mädchen. Puls beschleunigt. Temperatur 38,2°, am dritten Tage bis 39,3° gestiegen.

Abdomen in der rechten und unteren Partie besonders, aber auch nach links hinüber druckschmerzhaft. Eine deutliche Resistenz nirgends zu fühlen, vielleicht besteht in der rechten Regio iliaca eine geringe Schallverkürzung. Stuhlgang angehalten.

Der gynäkologische Befund ergiebt einen schmerzhaften Introïtus, virginelle Portio. Uterus normal, aber druckempfindlich. Seine Beweglichkeit wird durch Adhäsionen im Douglas, die nach rechts zum Parametrium ziehen, beeinträchtigt, das linke Parametrium ist frei. Ovarium fühl-

bar und druckempfindlich. Nach rechts vom Uterus fühlt man eine Resistenz, die diffus sich ins Parametrium verbreitet, von mässig weicher Consistenz. Sie ist nicht scharf abzugrenzen, sehr druckempfindlich.

Diagnose: Perimetritis.

Nachdem durch Darreichung von Opium und das Auflegen einer Eisblase auf den Leib eine Besserung des Zustandes eingetreten, und die Temperatur abgefallen war, erhält Patientin Abführmittel und Einläufe und hat danach ergiebigen Stuhlgang ohne Beschwerden. Nach 2 Tagen steigt plötzlich die Temperatur wieder an ohne Schüttelfrost und Erbrechen. Es bietet sich jetzt ein wesentlich anderer objectiver Befund.

Leib im Allgemeinen weich, unempfindlich, nicht aufgetrieben. In der Ileocöcalgegend, ganz nahe dem Beckenrande befindet sich ein sehr empfindlicher, faustgrosser Tumor, welcher die Spinallinie um einen Querfinger überschreitet, nach innen nicht ganz bis zum äusseren Rectusrand reicht und nach unten gut 2 Querfinger breit vom Poupart'schen Bande entfernt bleibt. Ueber demselben leichte Dämpfung.

Operation: Typischer Schnitt.[1]) Es entleert sich sehr übelriechender Eiter, mit demselben wird ein kaffeebohnengrosser Kothstein herausgeschwemmt. Wurmfortsatz wird nicht gefunden. Nach 8 Wochen wird Patientin als geheilt entlassen. Die Genitaluntersuchung hat nie wieder einen pathologischen Befund ergeben. Ausfluss fehlt.

Obwohl die Art des Beginnens der Erkrankung als auch die klinischen Symptome in diesem Falle für eine Appendicitis sprechen, so ist doch die Diagnose Perimetritis unschwer zu erklären. Die von der Patientin angegebene Ursache der Entstehung ihrer Krankheit wies auf eine Genitalerkrankung hin. Die bei der Genitaluntersuchung gefundene Schmerzhaftigkeit, die die Diagnose Perimetritis zu festigen schien, war durch die von der Appendicitis ausgegangene Reizung des Peritoneums bedingt.

2. Emma Gregor, 21 Jahre alt, Arbeiterin, aufgenommen 23. Juni, entlassen 16. August 1896.

Anamnese: Vor einem Jahre erkrankte Patientin mit Unterleibsbeschwerden, die hauptsächlich rechts sassen und bis nach der Brust ausstrahlten. Sie hatte damals Schüttelfrost, Fieber, angehaltenen Stuhlgang, aber kein Erbrechen. Die Erkrankung wurde als Perimetritis gedeutet und behandelt. Vor einigen Monaten fand ein ebensolcher, nur 5 Tage dauernder Anfall statt. Vor 5 Tagen begannen wiederum Unterleibsschmerzen, die sich allmählich so steigerten, dass Patientin sich ins Bett legen musste. Sie gingen von der rechten Seite aus und zogen sich bis in die Schulter.

Heute geringer Schüttelfrost, kein Erbrechen, Stuhlgang und Winde spontan.

---

1) Unter typischem Schnitt verstehen wir nach Sonnenburg, dass er an der Spin. ant. sup. os. il. beginnt und hart am Knochen bogenförmig verlaufend sich bis zur Mitte des Poupart'schen Bandes erstreckt. Die Haut wird vor ihrer Durchschneidung medianwärts über den Darmbeinkamm hinüber verschoben.

Befund und Symptome bei der Aufnahme:

Gracil gebautes Mädchen, Temperatur 38,7°, Puls 100, von mittlerer Spannung. Abdomen nicht aufgetrieben, in seiner ganzen Ausdehnung sehr empfindlich, besonders stark in der Ileocöcalgegend. Daselbst eine etwa 2 Querfinger breite Zone, am Poupart'schen Bande gedämpfter Schall.

Eine Resistenz ist, da Patientin stark spannt, nicht zu fühlen. Die Vaginaluntersuchung ergiebt einen kleinen, anteflectirten Uterus, links etwa hühnereigross verdickte, anscheinend frei bewegliche, etwas druckempfindliche Adnexe, rechts und nach hinten vom Uterus dicht an seiner Kante fühlt man einen kirschgrossen, rundlichen Tumor, ohne jedoch bei der grossen Schmerzhaftigkeit constatiren zu können, ob derselbe nach rechts oder nach oben eine Fortsetzung hat.

Operation: Typischer Schnitt. Wurmfortsatz liegt unter dem Coecum, ist von der Dicke eines Bleistiftes und 6 Cm. lang. Kein Eiter. Abtragung des Wurmfortsatzes. Naht des Peritoneums bis auf ein Drittel der Wunde. Am 16. August geheilt entlassen.

Sicherlich ist die als Perimetritis diagnosticirte Erkrankung ein perityphlitischer Anfall gewesen. Dafür sprechen die späteren typischen Anfälle von Blinddarmentzündung und das Fehlen jeglicher gynäkologischer Beschwerden nach der Operation.

3. Ernestine Wolf, 32 Jahre alt, Ehefrau, aufgenommen 15. October 1896.

Anamnese: Seit 5 Jahren Krampfanfälle. Zwei normale Partus mit glatten Wochenbetten, ein spontaner Abort. Menses regelmässig, ohne Beschwerden.

Am 11. October 6 Uhr Nachmittags plötzlich starke Leibschmerzen mit in der Nacht folgendem Schüttelfrost und öfterem Erbrechen. Die Anfälle wiederholen sich in jeder folgenden Nacht, während des Tages erträgliches Befinden.

Befund und Symptome bei der Aufnahme:

Kräftige Frau in gutem Ernährungszustande. Temperatur 38,2°, Puls 110. Leib meteoristisch aufgetrieben, überall schmerzhaft, besonders stark rechts. In der Ileocöcalgegend Dämpfung. Obstipation. Urinbeschwerden fehlen. Eine Genitaluntersuchung war wegen der allzu grossen Schmerzhaftigkeit mit Erfolg nicht ausführbar. Nach viertägiger Behandlung und Beobachtung wird Patientin wegen jetzt diagnosticirter Appendicitis perforativa der chirurgischen Abtheilung überwiesen. Hier wurde folgender Befund aufgenommen: Guter Kräftezustand. Temperatur 38,8°, Puls 110, gut gespannt. Abdomen mässig aufgetrieben, besonders links dicht neben der Mittellinie und oberhalb der Blase druckempfindlich. Im rechten Hypogastrium eine undeutliche, härtere Resistenz. Per vaginam fühlt man einen das hintere Scheidengewölbe fast bis zum Ende des oberen Scheidendrittels sich vorwölbenden, prallelastischen Tumor, der sich sowohl nach links wie nach rechts bis ins grosse Becken verfolgen, vom Uterus jedoch sich nicht deutlich abgrenzen lässt.

Operation: Typischer Schnitt. Nach Freilegung des Peritoneums fühlt man im inneren Wundwinkel eine zweimarkstückgrosse, härtere

Zone. Das übrige Peritoneum weich, unverändert. Spaltung desselben im Bezirke dieser Resistenz. Man gelangt auf unter sich und mit dem Peritoneum parietale verwachsene Dünndarmschlingen.

Beim vorsichtigen Eingehen zwischen dieselben mit dem Finger entleert sich plötzlich ein reichlicher Esslöffel wasserheller, geruchloser Flüssigkeit. Beim weiteren Vorgehen rechts neben der Blase ins kleine Becken hinein entleert sich plötzlich ein Strom kothig riechender, schmutzig-grüner Eiter mit einem hanfkorngrossen Kothstein. Der Wurmfortsatz befindet sich hinter und unter dem Coecum, tief an der hinteren Beckenwand gelegen. Beim Versuch, ihn hervorzuziehen, reisst ein 3 Cm. langes Stück seiner peripheren Hälfte ab. Da sich hierbei an mehreren Stellen freie Darmschlingen in die Wunde vordrängen, wird auf weitere Lösungsversuche verzichtet und die Bauchhöhle nach Mikulicz tamponirt.

17. December als geheilt entlassen. Gynäkologischer Befund: Retroflexio uteri fixata, beiderseits, besonders rechts Tuben und Ovarien tief liegend, in derben Schwarten fixirt.

4. Alwine Beutler, Witwe; 64 Jahre alt. Aufgenommen am 8. April, gestorben 14. April 1895. Operirt am 12. Krankheitstage im Krankenhause Moabit.

Anamnese: Patientin hat 12 mal spontan geboren; stets normale Wochenbetten, nie Ausfluss. Weihnachten 1894 Influenza. Am 30. März 1895 plötzliches Auftreten von Schmerzen in der rechten Unterbauchseite. Hierbei völlige Appetitlosigkeit, Stuhlgang nur auf Ricinusöl und Schweizerpillen, kein Erbrechen.

Patientin fühlt selbst, dass im rechten Unterbauch eine harte Geschwulst entstanden sei, welche nicht grösser wurde, obwohl die Schmerzen als „Leibschneiden“ anhielten. Patientin, die in letzter Zeit sehr abgemagert war und sich sehr matt fühlte, wurde schliesslich von ihrem Arzt zur Operation ins Krankenhaus geschickt.

Befund und Symptome vor der Operation:

Gesunde Gesichtsfarbe, leidlicher Kräftezustand. Kein Ikterus; leichte Arteriosklerose. Zunge stark belegt, fast weiss. Leib weich, nicht aufgetrieben. In der Ileocöcalgegend fühlt man zwischen Darmbeinkamme und Mittellinie eine harte, sehr schmerzhafte Geschwulst von Faustgrösse; über ihr gedämpften tympanitischen Percussionsschall.

Der Tumor ist von länglich ovaler Gestalt und erstreckt sich fast bis zur Mittellinie; zwischen ihm und der Beckenwand eine freie Zone, innerhalb welcher man, jedoch nur oberflächlich, mit der Hand eindrücken kann. Gynäkologischer Befund: Scheide schlaff, kurz, senile Kolpitis. Portio klein, hoch, hinten; Uterus senil, retroflectirt. Parametrien frei; rechts fühlt man den bimanuell sich noch härter anfühlenden Tumor im Beckeneingang. Derselbe ist leicht beweglich, zeigt tiefe Fluctuation und ragt rechts bis zum hinteren Scheidengewölbe; Douglas frei, Adnexe nicht zu fühlen.

Operation am 10. April 1895 unter der Diagnose eines rechtsseitigen Adnextumors. Bauchschnitte von etwa 15 Cm. Länge in der Linea alba, zwischen Symphyse und Nabel. Vorziehen und Besichtigen erst der linken, dann der rechtsseitigen Anhänge ergiebt deren normale Beschaffenheit; der Tumor steht mit den inneren Genitalien in keinerlei Zusammenhang.

Beim vorsichtigen Abtasten desselben, welcher fast bis an die Blase heranreicht, entleert sich plötzlich aus einer nahe dem unteren Wundwinkel belegenen Stelle stinkender Eiter, im Ganzen etwa 2 Esslöffel. Sofort sorgfältiger Schutz der freien Bauchhöhle durch grosse Schwämme aus steriler Gaze und breiten Jodoformgazestreifen. Alsdann typischer Schnitt am Beckenrand. Nach Exstirpation einer infiltrirten Leistendrüse gelangt man beim Vordringen auf den Tumor auf mächtige Schwarten. Es wird daher von der Bauchhöhle aus in die Perforationsstelle des Tumors mit einer Kornzange eingegangen und dieselbe bis in die Wunde am Beckenrande durchgestossen. Hierauf Durchführen eines starken Drains, Tamponade beider Wundhöhlen. Ord. 15 Tropfen Opium. —

Verlauf 10. April: Abends Erbrechen, Leibschmerzen. Ord. 0,01 Extr. Opii subcutan. 11. April: Nacht unruhig, doch hat Patientin nicht mehr erbrochen und spontan Urin gelassen. Allgemeinbefinden gut. Puls kräftig, Temperatur normal. Leib weich, nicht empfindlich. Ord. Wein und Milch auf Eis, Opium in kleinen Dosen. 12. April: Sehr gutes Allgemeinbefinden. Kein Erbrechen, keine Schmerzen, Leib weich, guter Puls, normale Temperatur, Abgang von Blähungen. 14. April: Plötzlicher Collaps und Exitus. —

Section ergab, dass der Drain zwischen Art. und Ven. femoralis hindurch eine von dicken Schwarten abgegrenzte Höhle durchzieht, in die der an der Spitze perforirte, mit der Vorderwand des Coecums verwachsene Wurmfortsatz mündete. Starke Injection und Meteorismus der Därme. Hypostase auf beiden Lungen, Myocarditis, Fettleber.

5. Marie Kirsch, 44 Jahre alt, Arbeitersfrau. Aufgen. 18. November, op. 9. December 1896.

Seit dem 14. Jahre Morbus Basedowii. Jahrelang ärztliche Behandlung.

Vor 20 Jahren normaler Partus mit glattem Wochenbett. Vor einem Jahre begannen anhaltende starke Blutungen mit heftigen, ziehenden Schmerzen im ganzen Leibe. Leib dabei aufgetrieben. Kein Schüttelfrost, kein Erbrechen.

4 Wochen Krankenhausbehandlung, danach für ein Jahr leidliches Befinden. Im August dieses Jahres ein ähnlicher Anfall, diesmal mit Schüttelfrost und Erbrechen einsetzend, aber ohne Blutung. 5 Wochen Krankenhausbehandlung. Einige Wochen leidliches Befinden. Vor 8 Tagen ein gleicher Anfall wie der letzte. Aufnahme ins Krankenhaus.

Befund und Symptome bei der Aufnahme:

Grosse Frau mit schlaffer Musculatur und geringem Fettpolster. Haut und Conjunctiva leicht ikterisch gefärbt. Symptome von Morbus Basedowii sämmtlich vorhanden, Puls klein, beschleunigt, unregelmässig, T. 38,8°. Abdomen aufgetrieben, prall gespannt, in der rechten Unterbauchgegend besteht eine deutlich fühlbare Resistenz, die druckempfindlich ist. Das übrige Abdomen wenig schmerzhaft. Die gynäkologische Untersuchung wegen der prallen Bauchdecken nicht sicher ausführbar, doch ist nirgends eine Resistenz oder ein Tumor vor der Scheide aus zu fühlen. Stuhlgang ohne Beschwerden. Zeitweise Erbrechen. Therapie: Opium und Eis.

In den nächsten Tagen stellt sich fast unstillbare Diarrhoe ein. Erbrechen wird spärlicher. Stark remittirendes Fieber. Leib ist weniger schmerzhaft und aufgetrieben. Das Exsudat hat sich vergrössert. Es reicht bis zur Nabelhöhe, nach innen bis zur Mittellinie, nach aussen bleibt es 2 Querfinger breit von der Beckenschaufel entfernt.

Nach 8 tägiger Behandlung wird Pat. der chirurgischen Abtheilung überwiesen wegen Appendicitis perforativa.

9. December Operation: In Narkose ist in der ersten Hälfte des Abdomens eine deutliche Resistenz fühlbar, darüber Dämpfung, die von der rechten Beckenschaufel durch eine 2 Querfinger breite, völlig freie Zone geschieden ist. Genital lässt sich ein Tumor oder eine Resistenz nicht fühlen.

Typischer Schnitt. Nach Durchtrennung der Musculatur wölbt sich die Fascia transversa stark vor. Auf der Kuppe der Vorwölbung wird eingeschnitten. Es entleert sich in dickem Strahle eine Menge scheusslich stinkenden Eiters. Der in die Oeffnung eingehende Finger fühlt eine tief nach dem kleinen Becken sich senkende und eine nach links hinter der Blase hinüberziehende Abscesshöhle. Durch Druck von der Scheide aus entleeren sich immer wieder neue Mengen Eiters. Anhaltspunkte, das der Abscess vom Appendix ausgegangen, finden sich nicht.

Der Fall war unter falscher Diagnose operirt worden. Es handelte sich um eine von den Genitalorganen ausgehende Eiterung, eine Perimetritis suppurativa, die von vornherein nicht als ausgeschlossen galt, da der Fall kein typisches Krankheitsbild geboten hatte. Die anamnestischen Angaben sind unsicher, weisen allerdings mehr auf eine Genitalerkrankung hin. Die klinischen Symptome sprechen durch ihre Heftigkeit mehr für eine Appendicitis. Der Palpationsbefund war auch ein anormaler und liess sich mit beiden Erkrankungen in Einklang bringen.

Ein weiterer Fall, der unter unsicherer Diagnose operirt wurde, wird von Kiefer mitgetheilt. (Verhandl. der Gesellschaft für Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin, 10. Juli bis 13. November 1896, Seite 42.)

Eine Pat. litt seit 5—6 Jahren an hochgradigen Unterleibsbeschwerden, die ihr das Leben zur Last machten. Ursprünglich hatte der Hausarzt die Diagnose auf Perityphlitis gestellt; man hatte diese Diagnose fallen lassen und war auf den Rath eines Chirurgen die Nephropexie gemacht worden, ohne wesentlichen Erfolg.

Die Patientin trug ihr Leiden weiter, bis auf einmal der Abgang von Eiter durch den Darm constatirt wurde.

Da sie auf der rechten Seite am Ausgange des kleinen Beckens eine Resistenz hatte, so glaubte man nun an die Perforation einer Sexualeiterung in das Rectum und brachte sie deshalb zur Operation in die Klinik. Hier konnte der Abgang von Eiter durch den Darm nicht constatirt werden. Man fühlte wohl auf der rechten Seite einen faustgrossen Tumor, dessen Ursprung aber mit Gewissheit nicht ermittelt werden

konnte. Bei der Laparotomie zeigte sich nun Uterus, rechte Tube und Ovarium mit einem Convolut von Dünndarmschlingen fest verlöthet; von dem Ovarium ging ein derber Strang nach der Coecalgegend hin. Die Theile wurden aus ihren Verwachsungen gelöst und zugleich mit dem Ovarium ein Theil des erwähnten Stranges beseitigt. Nach wenigen Tagen war die Pat. gestorben, und zwar an einer diffusen Staphylokokken und Bact. coli-Peritonitis.

Die Section ergab Folgendes — ich habe sie selbst ausgeführt —: Hinter dem besagten Convolut von Darmschlingen lag eine glattwandige leere Abscesshöhle, welche durch zwei erbsengrosse Löcher mit dem S. Romanum communicirte. Ausserdem ergab sich, dass dieser alte Strang, welcher vom Ovarium ausging, der verödete Proc. vermiformis war; denn am Uebergange von diesem zum Ovarialstroma fand sich ein schrotkorngrosser Kothstein.

II. Fälle, bei denen gleichzeitig Erkrankungen des Appendix und der Adnexe vorkamen, die zum Theil richtig erkannt wurden.

6. K., Wilhelmine, 23 Jahre alt, unverheirathet, nicht virgo, im Sanatorium operirt. Aufnahme 6. September 1895.

Anamnese: Pat. hat 2 Anfälle von Blinddarmentzündung durchgemacht, die als solche von dem behandelnden Arzte diagnosticirt wurden.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: In der Gegend des Coecum keine besondere Schmerzhaftigkeit und nichts zu fühlen. Es besteht eitriger Fluor, sowie eine leicht zu palpirende, pralle, fluctuirende Geschwulst rechts neben dem Uterus, welche das Scheidengewölbe vorwölbt.

Abendliche Temperatursteigerungen bis 38,5°. Nach einigen Tagen der Beobachtung Incision der Geschwulst von der Scheide aus. Das Fieber geht zurück, beginnt jedoch nach 14 Tagen wieder, so dass die Oeffnung nochmals erweitert und drainirt wird. Während der Bettruhe kein Fieber; sobald Pat. einige Tage ausser Bett war, traten wieder leichte Fiebererscheinungen auf. Pat. wird einem Gynäkologen zur Behandlung übergeben, der die Adnexe per Laparotomiam entfernen zu müssen glaubt. Am 9. October Laparotomie. Zahlreiche Adhäsionen werden mit der Hand gelöst. Man gelangt zunächst in einen alten verödeten Abscess, dessen Aetiologie durch einen Kothstein klar ist. Sodann werden Tube und Ovarium, das den von der Vagina eröffneten Eitersack darbot, entfernt. 11. October Exitus letalis an Peritonitis.

7. Zander, Clara, 25 Jahre alt, Näherin, verheirathet. Aufnahme 18. August 1896. 25. September entlassen.

Anamnese: Menses mit 16 Jahren, regelmässig, ohne Beschwerden. Zwei normale Partus mit glatten Wochenbetten. Im Juli spontaner Abort mit glattem Verlauf. Seitdem angeblich rosa gefärbter Ausfluss. Am 16. August erkrankte Pat. plötzlich mit Schmerzen in der Magengegend, Appetitlosigkeit, Frost und Hitze; seit 17. August haben sich die Schmerzen nach dem rechten Unterbauch gezogen, mehrmals täglich dünner Stuhl. Seit gestern kein Stuhlgang und keine Winde, heute 2 mal Erbrechen. Seit gestern ist der Leib etwas höher geworden.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: Gracil gebaute Frau in leidlichem Ernährungszustande. Temp. 38,2°. Puls 88. Abdomen etwas meteoristisch aufgetrieben, besonders stark in der Ileocöcalgegend. Hier gedämpft tympanistischer Schall. Etwas oberhalb des r. Poupart'schen Bandes fühlt man eine undeutliche strangförmige Resistenz. Gynäkologische Untersuchung ergiebt eine Retroversio uteri, beiderseits verdickte und stark schmerzhafte Adnexe. Unter Opium- und Eistherapie verschwinden die peritonitischen Erscheinungen, die Schmerzhaftigkeit, Resistenz und Dampfung der Ileocöcalgegend. Nach 8 Tagen völliges Wohlbefinden. Gynäkologische Untersuchung ergiebt denselben Befund wie Anfangs. Am 23. September gebessert entlassen.

8. Laukant, Margarete, 20 Jahre, Arbeiterin. Aufgenommen 12. December 1896.

Erste Menses mit 14 Jahren, 4 wöchentlich, regelmässig, stark, 5- bis 6 tägig, in den ersten beiden Tagen mit starken Kreuz- und Leibschmerzen, Uebelkeiten und Erbrechen, so dass Pat. das Bett hüten musste. Seit einigen Monaten besteht gelblicher, fressender Ausfluss. Letzte Menses Mitte November mit starken Leibschmerzen und ständigem Frost. Stuhlgang angehalten. Wasserlassen ohne Beschwerden. Nach 5 Tagen zogen die Schmerzen in die rechte Seite. Der behandelnde Arzt diagnosticirte Blinddarmentzündung. Die Schmerzen in der rechten Seite hielten 6 Tage an, von da ab wieder Schmerzen im ganzen Leibe. Während der ganzen Zeit geringe Blutung.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: Gracil gebautes, anämisches Mädchen. T. 38,2°. Puls 80.

Abdomen nicht aufgetrieben, in der Ileocöcalgegend und dicht oberhalb des Poupart'schen Bandes stark empfindlich, keine Dämpfung. In der Höhe der Spina anterior superior und etwas nach innen von ihr eine undeutliche, strangförmige, sehr schmerzhafte Resistenz fühlbar.

Genitalbefund: Uterus retroflectirt, beweglich, bei Bewegungen sehr empfindlich. Rechts neben und etwas hinter dem Uterus eine schr schmerzhafte, teigige Resistenz palpirbar.

16. December: Zeit der Menses. Hauptsächlich Morgens und am Nachmittag kolikartige Schmerzanfälle, die in die rechte Seite localisirt werden. Mitunter sitzen sie in der Höhe der Spina anterior superior, 3 Querfinger breit nach innen. Daselbst eine undeutliche, walzenförmige Resistenz fühlbar. Manchmal ist die Gegend dicht oberhalb des Poupart-schen Bandes empfindlich, dann strahlen die Schmerzen in den rechten Oberschenkel aus. Kein Erbrechen, kein Fieber. Wasserlassen ohne Beschwerden.

Diagnose: Appendicitis simplecx. Perimetritis dextra.

9. W., Grete, Malerin, 38 Jahre alt. Aufgen. 2. März 1896, entlassen 17. Mai 1896.

Anamnese: Vor 24 Jahren den ersten, sehr schweren Anfall von Blinddarmentzündung mit Rückfall und Bauchfellentzündung. Seit dieser Zeit alljährlich mehrere Anfälle leichterer Art, stets jedoch mit hohem Fieber, Delirien, aber ohne Erbrechen und Schüttelfrost. Am Abend des 29. Februar Erbrechen. In der folgenden Nacht stellten sich unter

Schüttelfrost mit nachfolgendem starken Hitzgefühl sehr heftige Schmerzen im rechten Hypogastrium ein, dass es Pat. selbst bei ruhiger Lage kaum aushalten konnte. Der Hausarzt verordnete warme Umschläge. Am Abend des 1. März von neuem Erbrechen, dass während der Nacht anhielt. Stuhlgang angehalten, Wasserlassen ohne Beschwerden. Regel vierwöchentlich, sehr stark, mit heftigen Beschwerden.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: Gracil gebaute Dame. T. 37,8°. Puls 90, gut gespannt. Abdomen normal gewölbt; im rechten Hypogastrium etwas oberhalb der Spinallinie und innen vom äusseren Rectusrand eine gut fünfmarkstückgrosse, äusserst druckempfindliche Zone; innerhalb derselben eine harte, strangförmige Resistenz. Keine deutliche Dämpfung. Zeitweise Erbrechen. Stuhlgang angehalten. Nach dem Anfall Operation. Typischer Schnitt. Hinter dem Coecum der durch zahlreiche Adhäsionen mit den angrenzenden Darmschlingen verwachsene Wurmfortsatz. Derselbe zieht direct von oben nach unten ins kleine Becken, und ist seine Kuppe durch einen derben, ½ Cm. breiten Strang mit dem rechten Ovarium verwachsen. Diese Adhäsion wird abgebunden, durchtrennt, der Wurmfortsatz luxirt und nahe dem Coecalansatz amputirt. Uebernähung des Stumpfes durch die vorher gebildete Serosamanchette.

Glatter Verlauf. Menses nach der Operation weniger reichlich und viel weniger schmerzhaft.

10. Rothkirch, Ida, 20 Jahre alt. Nicht virgo. Aufgenommen am 29. Juni 1897.

Anamnese: Es besteht seit langer Zeit gelblicher Ausfluss. Beschwerden beim Wasserlassen sind nie vorhanden gewesen. Menses regelmässig, 4 tägig, ohne Beschwerden. Januar bis März d. J. der erste Anfall von Blinddarmentzündung mit Erbrechen, Schmerzhaftigkeit des ganzen Leibes, später der rechten Unterbauchgegend, aber ohne Fieber.

Am 19. Juni zweiter Anfall unter denselben Erscheinungen. In der Ileocöcalgegend blieb eine schmerzhafte Geschwulst zurück. Pat. liess sich deswegen zur Operation ins Krankenhaus aufnehmen.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: T. 36,7°. Puls 72, gut gespannt.

Mässig genährtes, etwas anämisches Mädchen. Leib nicht aufgetrieben, bis auf die rechte Unterbauchgegend nicht druckempfindlich. Hier besteht eine mannsfaustgrosse, runde Resistenz, welche bis zur Höhe der Spina anterior superior reicht und sich nach unten bis 2 Querfinger breit oberhalb der Symphyse verfolgen lässt. Sie überschreitet nicht die Linea alba und bleibt rechts 3 Cm. vom Becken entfernt. Ueber der Resistenz ist Dämpfung, zwischen Tumor und Beckenwand befindet sich eine freie Zone. Bei der Genitaluntersuchung fühlt man von dem anteflectirten, kleinen Uterus nach rechts einen federkieldicken Strang ziehen, der in den von aussen palpablen Tumor übergeht. Linksseitige Adnexe normal. Es besteht starker Fluor albus.

Operation: Typischer Flankenschnitt. Nach Freilegung der Fascia transversa quillt aus einem beim Einsetzen eines stumpfen Hakens in dem brüchigen Gewebe entstandenen Loche gelblicher, fäcal riechender Eiter hervor. Nach Erweiterung dieses Loches kommt man in eine senkrecht

ins kleine Becken ziehende Abscesshöhle, die median von schwartig verdicktem Netz begrenzt wird. Bei der Trennung der Schwarten quillt plötzlich aus dem unteren Wundwinkel dicht unterhalb der Musculatur glasige, gelbliche, eitrige Flüssigkeit ohne Fäcalgeruch hervor, und der sondirende Finger gelangt in eine anscheinend dicht am Uterus gelegene, unmittelbar unter den Bauchdecken befindliche Abscesshöhle. Jodoformgazetamponade. Bei der weiteren Lösung der Schwarten im oberen Wundwinkel kommt plötzlich Eiter zu Gesicht, welcher aus einer unmittelbar der Fascia iliaca aufliegenden Abscesshöhle stammt. Hierbei kommt auch der Proc. verm. zum Vorschein, der nach unten bis zur Höhe der Spina anterior inferior reicht. Er wird aus seinen schwartigen Verdickungen gelöst, soweit als möglich isolirt und abgebunden. Gesonderte Schürzentamponade der verschiedenen Abscesshöhlen.

11. Frau Preuss, 29 Jahre alt. Aufgenommen am 14. Juni 1897.

Anamnese: Im März 1895 1. Anfall von Blinddarmentzündung während der Schwangerschaft im 5 Monat. Am 8. April Abort. 16. Mai 1896 2. Anfall. Am 21. December 1896 dritter, sehr schwerer Anfall.

Regelmässig menstruirt, 4—5tägig, mittelstark, Anfangs ohne Beschwerden. Nach dem ersten Anfall verspürte Pat. während der ersten Tage der Regel einen leisen, ziehenden Schmerz in der rechten Seite, der sich auch ausserhalb der Regel nach längerem Gehen bemerkbar machte. Die Blutung war nicht stärker wie vor dem 1. Anfall.

Nach dem letzten Anfall rieth der behandelnde Arzt zur Operation.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: Gracil gebaute Frau im mittleren Ernährungszustande. Innere Organe nicht nachweisbar erkrankt. Abdomen überall weich, leicht eindrückbar. In der rechten Unterbauchgegend in der Höhe der Spinallinie fühlt man bei tiefem Druck eine unter dem Finger dahingleitende, walzenförmige Resistenz, die leicht empfindlich ist.

Stuhlgang regelmässig.

Genitalbefund normal.

Operation: Typischer Schnitt. Nach Durchtrennung der Musculatur zeigt sich die Fascia transversa stellenweise mit dem Peritoneum verwachsen, so dass die Freilegung der Umschlagsfalte nicht ganz leicht ist. Das Peritoneum wird mit Pincette seitlich eröffnet, das Coecum liegt vor. Vom Coecum abwärts ins kleine Becken zieht der Proc. vermiformis. Bei seiner Abtastung fühlt man, dass er im kleinen Becken durch flächenhafte Adhäsionen mit dem rechten Ovarium verbunden ist, sich dann posthornförmig umschlägt und wieder nach oben zieht. In seiner ganzen Ausdehnung zarte Adhäsionen mit Dünndarmschlingen vorhanden, die sich leicht lösen lassen. Bei dem Versuch, die Verwachsung mit dem Ovarium zu lösen, reisst der Proc. vermiformis ein. Nach provisorischer Abbindung wird nach Versorgung des stark verdickten Mesenteriolums der Stumpf ins Coecum versenkt und übernäht. Tamponade nach Mikulicz. Einige Hautnähte.

Das Präparat zeigte einen stark verdickten, 4½ Cm. langen Wurmfortsatz mit stark ausgebildeter Gefässinjection der Serosa. Muscularis und Mucosa gleichfalls verdickt, letztere gewulstet, schmierig verfärbt. In dem abgerissenen Stück finden sich 3 Kothsteine, zwei von Kirschkerngrösse, einer etwas grösser als ein Schrotkorn. Glatter Verlauf.

12. Fräulein K., 19 Jahre alt. Operirt im Sanatorium. Anamnese: Vor 2 Jahren der erste, im Mai 1896 der zweite Anfall von Blinddarmentzündung. Am 14. Februar 1897 von neuem heftig erkrankt, nachdem eine starke Massage der Ileocöcalgegend vorangegangen war mit Schmerzen im rechten Unterbauch, Schüttelfrost und Fieber. In der folgenden Nacht und am 15. Februar mehrfach Erbrechen; am 16. Februar Ueberführung ins Sanatorium. Abends Temperatur 38,8°, Puls 114. Ab und zu Singultus, doch kein Erbrechen. Wasserlassen spontan nicht möglich.

Befund und Symptome vor der Operation: Gut entwickeltes Mädchen. Beide Hypogastrien von der Nabelhorizontale bis zur Symphyse ungemein druckempfindlich; diese druckempfindliche Zone reicht links fast bis zum Darmbeinrand, so dass oberhalb des Darmbeinkammes nur die eigentlichen abhängigen Partien freibleiben. Hingegen befindet sich rechts eine fast 2 Querfinger breite freie Zone zwischen Beckenrand und dem Gebiete der Druckempfindlichkeit: dieselbe ist am Schnittpunkt der Spinallinie mit dem äusseren Rectusrand am stärksten ausgesprochen, überall aber so lebhaft, dass eine genauere Abtastung unmöglich ist. Im ganzen angegebenen Gebiet der Druckempfindlichkeit völlige Dämpfung. In Narkose zeigt sich nach Erschlaffung der Bauchdecken, dass das im Allgemeinen nicht aufgetriebene Abdomen im linken Hypogastrium stärker gewölbt ist als im rechten. In Beiden fühlt man entsprechend den Grenzen der Dämpfung und der Druckempfindlichkeit eine derbe, tumorartige Resistenz, welche im linken Hypogastrium deutliche Fluctuation zeigt. Gynäkologische Untersuchung wegen des virginellen Status unterlassen.

Operation 17. Februar 1897. Typischer Schnitt am rechten Darmbeinrand. Nach Spaltung der Fascia transversa zeigt sich das präperitoneale Gewebe stark ödematös durchtränkt, das Peritoneum selbst etwas injicirt, aber zart und dünn. Auch nach Abhebung des Bauchfelles ist nirgends eine Resistenz von der Wunde aus zu fühlen; überall liegt verschieblich unter dem Peritoneum weicher Darm vor. Daher Schnitt am linken Darmbeinkamm. Hier keine seröse Durchtränkung der präperitonealen Gewebe. Nach Spaltung des ganz normal erscheinenden Bauchfelles entleerten sich 100—150 Ccm. wasserheller, geruchloser Flüssigkeit. Alsdann präsentirt sich die Kuppe eines grossen, bläulich schimmernden Tumors, der bequem in die Wunde gewälzt, aber nicht weiter vorgezogen werden kann. Punction des Tumors ergiebt wasserklare, geruchlose Flüssigkeit, völlige Entleerung der gut mannskopfgrossen Cyste durch Troicar und allmähliche Entwicklung des Tumors. Derselbe geht mit breitem Stiel ins r e c h t e Hypogastrium: der Stiel selbst ist gedreht: Rückdrehung des Tumors: es ergiebt sich, dass derselbe 2½ mal um seine Axe gedreht war. Der nunmehrige Stiel ist etwa 3 Querfinger breit; er verläuft dicht unterhalb der rechten, nicht veränderten Tube zur Hinterfläche des rechten Lig. latum. Abbindung des Stieles hart neben der rechten Tube, Abtragen der Cyste, Versenkung des Stumpfes. Linksseitige Adnexe normal. Die nunmehr zu Gesicht kommenden Dünndarmschlingen der Ileocöcalgegend zeigen im Gegensatz zu allen anderen eine leichte Injection; der dort liegende Netzrand ist merklich verdickt, steif und infiltrirt. Daher nach Tamponade der linksseitigen Wundhöhle nach M i k u l i c z nunmehr Spaltung des in der rechtsseitigen Wunde schon freigelegten Bauchfelles. Sofort

findet sich hinter dem Coecum der 12—13 Cm. lange, hochroth injicirte und steif turgescirte Wurmfortsatz; er zeigt etwa in der Mitte eine starke Knickung; der periphere dickere Abschnitt ist fest verwachsen mit seiner Spitze durch breit sich anzufühlende Adhäsionen im kleinen Becken, nicht weit vom deutlich fühlbaren Corpus uteri, so dass er durch den hakenförmig gekrümmten Finger mit einiger Mühe aus den Adhäsionen nach aussen luxirt werden kann. Mesenteriolum breit, durch Fetteinlagerung etwas verdickt. Abbinden des letzteren, Bildung der Serosamanschette, Abtragung des Wurmfortsatzes, Uebernähen des Stumpfes und Einnähen desselben in den oberen Wundwinkel. Tamponade auch der rechtsseitigen Wundhöhle nach Mikulicz. Das Präparat des Wurmfortsatzes, 10 Cm. lang, zeigt in seiner centralen Hälfte ganz normale Schleimhaut. Im Gegensatz hierzu ist die Schleimhaut der peripheren Hälfte dick quergewulstet, stellenweise bläulich injicirt. Lumen überall erhalten, Inhalt wenig blutiger Schleim. Die entfernte Cyste wies ausser der intra operationem entleerten Hauptkammer noch zwei wallnuss-, resp. kleinapfelgrosse Nebenkammern auf, deren seröser Inhalt stark blutig gefärbt war.

13. Bieser, Emilie, 46 Jahre alt, Näherin. Aufnahme 25. Jan. 1896. Mit 26 Jahren angeblich ein Leberleiden. Menses regelmässig, ohne Beschwerden. 9. Partus. Letzter Partus vor 7 Jahren, im Wochenbett Fieber. Seitdem Menopause. Im vorigen Sommer zeitweise geringe Blutung, so dass sie die Regel wieder zu bekommen glaubte. Vor 14 Tagen stellten sich Unterleibsschmerzen ein, besonders rechts, die allmählich sich steigerten. Stuhlgang regelmässig, Wasserlassen ohne Beschwerden.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: Kräftige Frau. Temperatur 38,7°. Puls 90. Abdomen normal gewölbt. In der rechten Ileocöcalgegend gedämpft tympanitischer Schall. Durch die schlaffen Bauchdecken ist eine deutliche, schmerzhafte Resistenz fühlbar.

Genitalbefund: Uterus anteflectirt, Fundus nach links verdrängt durch einen rechts neben ihm sitzenden Tumor von Faustgrösse, der die Scheidenwand vorwölbt, fluctuirt und im deutlichen Zusammenhange mit der von aussen fühlbaren Resistenz in der Ileocöcalgegend steht.

Operation zweizeitig 28. Januar 1896. Typischer Schnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums liegt ein grosser Klumpen Netz vor, welches mit dem Tumor fest verwachsen ist. Man fühlt den Tumor sich etwas nach oben, vor allem aber nach unten in das kleine Becken hinein erstrecken. Durch Druck von der Scheide wird er emporgedrängt. Umstopfung des Tumors mit Jodoformgaze, Fixation seiner Kuppe mit einer Naht.

31. Januar 1896. Probepunctionen des Tumors nach den verschiedensten Richtungen negativ. Im Verlaufe der Operation zeigt es sich, dass der Tumor aus dicken, schwartigen Massen besteht, in die der Processus vermiformis eingebettet ist. Er ist nach allen Richtungen verwachsen, mit Darmschlingen, der Blase, im kleinen Becken mit der stark verdickten Tube. Amputation des Wurmfortsatzes. Der Tumor lässt sich infolge seiner zahlreichen und sehr derben Verwachsungen nicht völlig exstirpiren. Bei den Versuchen, die Verwachsungen stumpf zu lösen, wird der Darm eröffnet. Fixation des Darmes im oberen Wundwinkel am Peritoneum. Jodoformgazetamponade.

6. Februar 1896. Exitus letalis an Peritonitis.

Sectionsbefund: In der Umgebung der Wunde sind die Darmschlingen mit der Bauchwand verklebt. Das Peritoneum parietale matt, mit Exsudat bedeckt. Die Dünndarmschlingen sind im oberen Theile des Abdomens beweglich, in der unteren verklebt, mit gelblich-grünen Massen bedeckt. Im Duodenum gallig gefärbter Inhalt. Ein Theil des Netzes ist stark zusammengelegt, zum Wulst verklebt, lebhaft geröthet, mit missfarbenen Exsudatmassen bedeckt. Proc. verm. fehlt. Coecum, Colon ascendens, Ileum nicht verändert.

Im Rectum ein für den Finger durchgängiges Loch, welches mit der Operationswunde in Verbindung steht. Die rechte Tube ist in enorm dicke, schwartige Massen eingebettet, ihr Gang für eine feine Sonde eben durchgängig. Die Fimbrien sind stark ödematös geschwollen, geröthet. Das rechte phlegmonöse Ovarium ist 5 Cm. lang, 3 Cm. hoch, $1\frac{1}{2}$ Cm. dick, liegt zwischen Tube und dem perforirten Rectum. Die rechte Tube verläuft in ihrem medialen Theil nach rechts, macht dann eine spitzwinklige Knickung nach hinten, um dann mit ihrem äussersten Theil wieder nach rechts zu verlaufen. Linke Niere getrübt, mässig geschwollen, rechte Niere ebenfalls.

14. Sommer, Emilie, 60 Jahre alt. Aufgenommen am 5. Mai 1896.

Vor 8 Jahren litt Pat. längere Zeit an Magendrücken, vor 2 Jahren an plötzlich auftretenden, nur 1 Tag anhaltenden Leibschmerzen. Im Februar vorigen Jahres „angeblich" Lungen- und Rippenfellentzündung; doch hatte Pat. damals keine Brustschmerzen, keinen Auswurf und auch kein Fieber, dagegen häufiges Erbrechen und war 8 Wochen bettlägerig. Am 3. und 4. October v. J. Blutbrechen, vom 3. bis 21. December Behandlung wegen Ulcus ventriculi im hiesigen Krankenhause. Seit 6 Tagen wieder krank mit häufigem Erbrechen und Schmerz in der Magengegend, sowie in beiden Seiten des Unterleibes. Stuhlgang regelmässig, Wasserlassen ohne Beschwerden.

Seit 2 Jahren besteht ein linksseitiger Schenkelbruch.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: Kräftig gebaute Frau. Temperatur 37,2°. Puls 100, gut gespannt. Zunge etwas belegt.

Abdomen normal gewölbt. Im rechten Hypogastrium grosse, tumorartige Resistenz, von der Darmbeinschaufel durch keine deutliche freie Zone getrennt und nach innen bis zum inneren Rectusrand reichend. Druckempfindlichkeit gering, über ihr deutliche Dämpfung. Der übrige Leib weich, unempfindlich. Unterhalb des l. Lig. Poupartii ein hühnereigrosser, derber und unempfindlicher Tumor, der in die Bauchhöhle nicht zurückführbar ist.

Während des 24stündigen Aufenthaltes 6maliges Erbrechen nicht kothig riechender Massen, kein Stuhl, doch Abgang von Flatus.

Operation: Schnitt über den Tumor senkrecht zum linken Lig. Poupartii. Freilegung und Spaltung des Bruchsackes. Inhalt etwas verdicktes, mit dem Bruchsack verwachsenes Netz, das abgebunden und abgetragen wird. Nach Versenkung des Stumpfes in die Bauchhöhle entleert sich aus der letzteren dünnflüssiger, kothig riechender Eiter. Spaltung des Schenkelkanales durch Verlängerung des Schnittes nach

oben; die der inneren Bruchpforte anliegenden Darmschlingen mit eitrigen Gerinnseln bedeckt, doch nirgends eine Veränderung der Darmwand. **Tamponade.**

Rechts typischer Flankenschnitt. Nach Spaltung des Peritoneums entleert sich ein Strom kothig stinkender Eiter. Hinter dem Coecum der mit der purpurrothen rechten Tube verklebte Wurmfortsatz.

Abbinden und Abtragen der Tube und des Wurmfortsatzes. Breite **Tamponade.**

8. Mai. Exitus letalis.

Sectionsbefund: Dünndarmschlingen trocken, mit Netz, Bauchfell und untereinander verklebt, theils schiefrig, theils fleckig roth. Im kleinen Becken eitriger Inhalt. Die Umgebung des Colon ascendens mit Eiter bedeckt. Milz etwas geschwollen, schlaff, teigig, blassroth. Magen mit **Diaphragma verwachsen.**

Im Duodenum gallig gefärbter Inhalt. Sanduhrform des Magens. Im Magen kaffeesatzähnlicher Inhalt. Leber mit Magen und Diaphragma verwachsen. Gallenblase prall gefüllt mit sehr zähflüssiger Galle. Leber trüb, blass. Acini klein. In der verengerten Stelle des Magens befindet sich ein markstückgrosses Ulcus, dessen Grund von dem indurirten Pankreas gebildet wird. In der Umgebung dieses alten, in Vernarbung begriffenen Magengeschwüres bräunliche Induration. Im Coecum harte Scybala, ebenso im Colon ascendens. Blase nicht verändert. Das abdominale Ende der rechten Tube fehlt. Ovarium klein, atrophisch. Parametrium **beiderseits frei.**

Bei Fall 7 und 8 liegen für die Erkrankung des Appendix sowohl wie für die Entzündung der Adnexe so charakteristische Symptome vor, dass die Diagnose der gleichzeitigen Erkrankung wohl berechtigt ist. Bei Fall 6, 9, 10 und 11 wurde die gleichzeitige Erkrankung erst bei der Operation gefunden, was bei 9 und 11 besonders nicht wunderbar ist, da die Genitalbeschwerden durch die häufigen Blinddarmentzündungen in den Hintergrund gedrängt wurden.

Ein ähnlicher Fall, bei dem sich jedoch bei der Operation nur eine Verwachsung des Proc. vermiformis mit einem rechtsseitigen Pyosalpinx ohne weitere Complicationen vorfand, wurde in jüngster Zeit operirt. Pat. war 5 Tage vor ihrer Einlieferung plötzlich mit Schmerzen in der linken Seite, Fieber und Uebelkeiten erkrankt. Bei der Aufnahme, T. 37,8°, Puls 90, gut gespannt, fand sich ein linksseitiger, länglich-ovaler Adnextumor, leicht verschieblich, fluctuirend und gering druckempfindlich. Während der Bettruhe entwickelt sich nach einigen Tagen eine starke Schmerzhaftigkeit der rechten Unterbauchgegend unter höherem Fieber ohne Schüttelfrost und Erbrechen. Nach 2 Tagen ist in der rechten Unterbauchgegend eine deutlich abgrenzbare, sehr schmerzhafte Resistenz äusserlich zu palpiren, die sich bei der combinirten Untersuchung als rechtsseitiger Adnextumor ergiebt. Das Fieber steigt in den nächsten Tagen, das Allgemeinbefinden verschlechtert sich, so dass zur Operation geschritten wird. Bei der Laparotomie zeigt sich der sehr lange, ins

kleine Becken reichende Wurmfortsatz an seiner Spitze mit dem rechtsseitigen Pyosalpinx verwachsen. Nach leichter Lösung dieser Verwachsung zeigt sich die Spitze des Proc. verm. gering rigide und die Serosa hier mässig injicirt, der übrige Theil, sowie das Mesenteriolum sind normal. Er wird deswegen nach oben gelagert und nicht abgetragen. Die Bauchwunde wird geschlossen. Glatter Verlauf. Wahrscheinlich hat sich die Verwachsung in diesem Falle erst bei der Entwicklung des Adnextumors herausgebildet. Durch das Grösserwerden des Pyosalpinx dextr. wäre der Proc. verm. noch mannigfachen Schädlichkeiten durch Zerrung und Dehnung ausgesetzt gewesen, die wohl secundär zu einer Entzündung desselben und somit zu einer Complication der Adnexerkrankung mit Appendicitis geführt hätten, wodurch wegen infectiösen Charakters die Erkrankung zu einer viel ernsteren geführt worden wäre.

Im Fall 7 ist wohl das in der Anamnese angegebene Leberleiden als Blinddarmentzündung anzusehen, durch die die Verwachsungen des Appendix mit den rechtsseitigen Adnexen hervorgerufen wurde. Denn wie es sich bei der Operation zeigte, handelt es sich um ganz alte Processe, die durch irgend eine Schädlichkeit recidivirten. Hier konnte, wie in dem oben von Kümmell mitgetheilten Falle, die Diagnose durch den Palpationsbefund gestellt werden. Bei Fall 8 handelte es sich wohl um eine frische gleichzeitige Erkrankung, die als solche noch keine Erscheinungen gemacht hatte.

III. Fälle, bei denen im Verlaufe oder nach der Operation der Appendicitis Erkrankungen der Adnexe auftraten.

15. Häse, Frida, Hausmädchen.

Anamnese: Vor ¾ Jahren hatte Pat. 3 Tage lang heftige Schmerzen im ganzen Leibe, 7 Tage lang keinen Stuhlgang, Erbrechen. Als nach Ricinusöl reichlicher Stuhlgang eingetreten war, besserte sich der Zustand sofort. Vor 3 Tagen plötzlich Erkrankung mit Schmerzen im ganzen Leibe, häufigem Erbrechen und Fieber. Pat. nahm wieder Ricinusöl, wonach reichlicher Stuhlgang eintrat, die Krankheitserscheinungen blieben aber bestehen.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: Kräftiges Mädchen, macht den Eindruck einer Schwerkranken. Zunge dick belegt. Abdomen mässig aufgetrieben, überall druckempfindlich, besonders aber in der Ileocöcalgegend. Deutlicher Schallunterschied zwischen links und rechts ist nicht vorhanden. Palpation unmöglich, da Pat. die Bauchdecken zu stark spannt. Genitale Untersuchung vor der Operation in Narkose ergiebt normalen Befund.

Operation. Typischer Schnitt. Nach der Eröffnung des Peritoneums entleert sich leicht getrübte, etwas kothig riechende Flüssigkeit. Nachdem das Coecum nach vorn und aussen luxirt ist, findet sich dahinter ihm anliegend der Proc. vermiformis. Er ist hochroth gefärbt, das Mesenteriolum verdickt.

Amputation. Ausgiebige Tamponade. 8 Tage nach der Operation guter Verlauf. Danach Abends Temperatursteigerungen mit Klagen über Schmerzen im Leibe. Dieser Zustand hält längere Zeit an. Ausser einem geringen Meteorismus lässt sich objectiv nichts nachweisen. Ueber Nacht, 4 Wochen nach der Operation, erfolgte aus der Vagina die Entleerung einer reichlichen Menge dünnflüssigen Eiters von fäculentem Geruch. Die Untersuchung ergiebt im hinteren Scheidengewölbe etwas nach rechts von der Mittellinie eine etwa kirschkerngrosse Perforationsstelle. Nach stumpfer Erweiterung entleert sich weisser Eiter. Der untersuchende Finger kommt in eine über hühnereigrosse, von schwammigen Granulationen erfüllte Höhle, die sich hauptsächlich nach rechts erstreckt.

Bei diesem Falle lässt sich wohl sicher annehmen, dass der Abscess im Parametrium zur Zeit der Operation noch nicht bestanden hat. Denn in diesem Falle hätte er bei der Narkosenuntersuchung von der Scheide aus gefühlt werden müssen, ferner wären die ersten Tage nach der Operation nicht fieberfrei verlaufen. Erst allmählich ist die Entzündung auf das Parametrium übergegangen und hat hier einen Abscess gebildet, der dann spontan in die Scheide durchbrach. Solche Fälle meint wohl auch Fritzsch, wenn er sagt: „Dunkle Fälle sind manchmal in Zusammenhang mit Paratyphlitis zu bringen. Ich sah einige Male Paratyphlitis, welche schliesslich zur Parametritis wurde und in das Rectum durchbrach."

Einen ähnlichen Fall beschreibt Oppenheimer, wo von einer Appendicitis perforativa der ganze Genitaltractus inficirt wurde. Es handelte sich dabei um eine im 7. Monat schwangere Frau, die unter den Erscheinungen einer Peritonitis erkrankte. Nach 3 Tagen wird ein lebendes Kind geboren. Nach weiterer 3tägiger Beobachtung kommt die Frau auf den Operationstisch, wo bei der Narkosenuntersuchung ein in der rechten Bauchseite gefühlter kindskopfgrosser Tumor als Nierentumor angesprochen wurde. Bei der Genitaluntersuchung werden jauchige Massen aus dem Uterus befördert. Nur schwer vermochte Herr Oppenheimer die übrigen Herren zu überzeugen, dass es sich um einen dem gewöhnlichen Verlaufe entgegengesetzten Process handle, dass das Peritoneum nicht secundär von der primär inficirten Placentarstelle aus erkrankt sei, sondern umgekehrt, die Placentarstelle secundär von dem primär inficirten Peritoneum, denn anders hätte kein lebendes Kind geboren werden können. Die Kranke wurde nicht operirt und starb nach wenigen Tagen. Die Section erwies die Richtigkeit der Ansicht von Oppenheimer.

16. Schmidt, Ida, 30 Jahre alt, Milchkühlerin.

Anamnese: Zwei normale Partus.

Am 7. Januar 1896 erkrankte Pat. mit Frost und Hitze, allgemeiner Mattigkeit. Am 10. Januar Morgens heftige Schmerzen in der Magengegend, die an diesem und am folgenden Tage anhielten. Am 12. Januar concentrirten sich die Schmerzen im r. Unterbauch, seit dem 17. Januar

zunehmende Auftreibung des Leibes, noch zweimal Stuhlgang. Am 14. Januar zweimal Einlauf ohne Erfolg. Am Mittag 15. Januar Kothbrechen, das nach einer Magenausspülung aufhörte.

Pat. hat seit 5 Jahren einen linksseitigen Bruch.

Keine Beschwerden beim Wasserlassen.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: Leidlicher Allgemeinzustand. Temp. 38°, Puls 136, gut gespannt, Zunge stark belegt, etwas trocken. Abdomen stark meteoristisch aufgetrieben, keine sichtbare Peristaltik, gespannt, wenig eindrückbar, nicht schmerzhaft. Nur in der Ileocöcalgegend eine kleinhandtellergrosse, circumscripte, sehr ausgesprochene Schmerzhaftigkeit; über derselben undeutliche Dämpfung. In Narkose fühlt man im rechten Hypogastrium einen 3 Cm. langen, fingerdicken Tumor, 3 Querfinger breit unterhalb der Spinallinie und zwei Querfinger breit entfernt vom Beckenrand.

Typischer Schnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums entleert sich krümeliger, kothig riechender Eiter. Vorliegt das Coecum. Unter ihm der Processus vermiformis, dessen Luxirung erst nach gewaltsamer Einreissung seines Mesenteriolums gelingt.

Amputation. Tamponade.

Während der folgenden Zeit andauernd Fieber. Nach einigen Tagen eine Pneumonie nachweisbar. Allmähliches Verfallen der Kräfte. 1. Februar Exitus letalis.

Sectionsbefund: Peritoneum mit dem Netz verklebt, dieses mit den Darmschlingen und der Symphyse fest verwachsen; beim Lösen ergiebt sich, dass zwischen den Darmschlingen theils Verwachsungen, theils Abscesse bestehen. Links in der Höhe des X. Intercostalraumes etwas nach hinten von der Axillarlinie eine einfache, abgekapselte Eiteransammlung am hinteren Pol der Milz, ebenso rechts am unteren Leberrand. Im kleinen Becken eine stärkere Eiteransammlung; der Eiter quillt hier beim Lösen der Darmschlingen hervor. Der Eiter ist theils gelblich grün, theils missfarben stinkend, so besonders im kleinen Becken. Dort in der Gegend der rechten Anhänge ein abgesackter, jauchiger Abscess, der sich etwas nach links herüberzieht. Die Organe des kleinen Beckens sind ziemlich fest mit einander verwachsen. Blase nicht verändert. Uterus stark vergrössert, an der vorderen Fläche Endometrium stark gewuchert. Tuben sind beide nach hinten verlagert; aus der rechten entleert sich dicker, rahmiger Eiter.

17. Frau P., 31 Jahre alt. Aufgenommen am 20. Novbr. 1893.

Anamnese: In den letzten 5 Jahren in unregelmässigen Zwischenräumen und im Anschluss an reichliche Mahlzeiten sehr heftige, kolikartige Schmerzanfälle in der rechten Seite. Am 22. Mai trat Appendicitis perforativa ein. Lebhafte Schmerzen in der Ileocöcalgegend, Fieber, Erbrechen. Deutlich fühlbares Exsudat in der rechten Seite. Ordination: Ruhe, Opium, Diät. Reconvalescenz geht sehr langsam vor sich. Am 22. August plötzlich wieder Fieber, Schmerzen, Peritonitis. Perforation in der Blasengegend. Tumor von der Scheide aus fühlbar. Peritonitis kaspelt sich ab. In 8 Wochen verkleinert sich der Tumor; Besserung der Ernährung und des Allgemeinbefindens. Am 5. November wurde

Herr Prof. Sonnenburg von den behandelnden Aerzten consultirt und constatirte neue Perforationsperitonitis. Dämpfung nun auch auf der linken Seite, dort neues Exsudat. Die allgemeine Peritonitis geht auch dieses Mal zurück. Nachdem Pat. sich in den nächsten 3 Wochen etwas erholt hat, kann zur Operation geschritten werden. Befund und Symptome vor der Operation. Elende, stark abgemagerte Patientin. Puls 130, kaum fühlbar. Leib stark aufgetrieben, in der rechten und linken Unterbauchgegend ausgebreitete Dämpfung und Infiltration. Febris continua. Oedem der Knöchel. Urin eiweissfrei.

Operation. Schnitte auf der rechten und linken Seite von der Spina ant. sup. oss. il. bis über die Mitte des Poupart'schen Bandes. Ausserdem rechts von der Mittellinie noch Schnitt, da der grössere rechte Abscess sich bis zur Blase und hinter derselben ausbreitet. Von beiden Oeffnungen wird die rechte Abscesshöhle tamponirt, die linke, deren Communication mit der rechten nicht mehr nachgewiesen werden kann, für sich mit Jodoformgaze tamponirt. Vom Proc. vermiformis konnten in der Abscesshöhle keine Reste mehr vorgefunden werden.

Fieberloser Verlauf. Allmähliches Zunehmen der Kräfte. 1894 wird eine links mit der Narbe verwachsene Ovarialcyste operirt. Befinden 1895 sehr gut.

18. Frl. Anna Th., 20 Jahre alt, virgo. 12. Juli 1896. Sanatorium. Chronische Appendicitis. 3 Anfälle. Der letzte vor etwa 1/4 Jahr, mehrwöchentliches Krankenlager. Pat. entschliesst sich leicht zur Operation.

Am 14. Juli Operation. Typischer Schnitt. Die vorher leicht zu fühlende, wurstartige Verdickung führt direct auf den in Adhäsionen an das Coecum gehefteten verdickten Appendix. Es gelang ohne grosse Mühe, denselben zu lösen. Bei dem Versuch einer Manchettenbildung quellen einige Tropfen Eiter aus seiner Wand, deswegen Abbinden des Proc. verm. und Jodoformgazetamponade 11. Aug. geheilt entlassen. Mitte Oct. leidet Pat. an heftigen Menstruationsbeschwerden. Sie selbst hat in der unteren Gegend des Bauches eine Geschwulst gefühlt. Kein Fieber. Untersuchung in Narkose, auch von einem Gynäkologen ausgeführt, ergiebt einen links vom Uterus gelegenen, kindskopfgrossen Tumor.

Operation: Laparotomie. Man gelangt auf eine durch Adhäsion mehrfach fixirte Geschwulst, die man einstweilen, ohne dieselbe zu eröffnen, in die Bauchwunde einheilen lässt. Mehrere Tage darauf Incision. Es entleert sich Eiter aus einem linksseitigen Ovarialabscess.

19. Wagas, Anna, 46 Jahre alt, verheirathet. Aufgenommen 19. Februar, entlassen 2. April 1897. Bisher gesund. Seit einiger Zeit litt Pat. an heftigen Leibschmerzen, die besonders im rechten Unterbauch sassen. Kein Erbrechen.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: Kräftige Frau in leidlichem Ernährungszustande. Abdomen leicht aufgetrieben, überall in geringerem Grade druckempfindlich, besonders am Schnittpunkte von der Spinallinie und äusserem Rectusrand. Hier eine etwa gänseeigrosse Resistenz fühlbar, darüber Dämpfung. Ordination: Bettruhe, Eisblase.

20. Februar. Allgemeine Druckempfindlichkeit geschwunden, nur

noch in der Ileocöcalgegend vorhanden. Hier ist bei tiefen Eindrücken eine fingerdicke, schräg verlaufende Resistenz zu fühlen.

Operation in Aethernarkose. Typischer Schnitt. Weichtheile serös durchtränkt. Eröffnung des Peritoneums. Unter dem vorliegenden Coecum wird sofort nach Abfluss ziemlicher Menge kothig riechenden Eiters der Proc. verm. gefühlt und leicht bis etwa zur Hälfte geboren. Das stark verdickte Mesenteriolum wird dann hier abgebunden und der Proc. verm. scharf bis zu seinem Cöcalansatz gelöst, abgebunden und abgetragen. Die ziemlich grosse, nach der Mittellinie zu gehende Höhle wird mittelst Jodoformgaze tamponirt. Darüber Schürzentamponade. Der Wurmfortsatz von Bleistiftdicke ist 7 Cm. lang. Die Serosa und Muscularis stark verdickt. Etwa in der Mitte findet sich eine Perforation, im Bereich derselben Gangrän der Schleimhaut, die fast bis zur Serosa geht.

4. März. Bisher glatter Verlauf. Heute Fieber. Klagen über Leibschmerzen. Stuhl mit starken Schleimbeimengungen. Zunehmender Meteorismus. Ab und zu Erbrechen.

10. März. Genitaluntersuchung: Portio gegen die Symphyse gedrängt. Das hintere Scheidengewölbe stark vorbuckelnd, eine pralle, fluctuirende Geschwulst. In Aethernarkose Incision von der Vagina aus. Es entleert sich reichlich übelriechender Eiter. Mit dem Zeigefinger tastet man eine überall abgeschlossene, hoch hinaufreichende Abscesshöhle. Jodoformgazetamponade. Glatter Verlauf. 2. April geheilt entlassen.

IV. Fälle von Schwangerschaft, die durch Appendicitis complicirt waren.

Zwei Sectionsprotokolle von sehr interessanten Fällen dieser Art theilt Frankfurter mit. Hierher gehört auch der vorhin schon mitgetheilte Fall von Oppenheimer. In unserem Krankenhause wurden 2 Fälle beobachtet, wo bei Tubargraviditäten der Appendix mit dem Fruchtsack derb und fest verwachsen war.

20. Frau G. Aufgenommen am 1. December 1896.

Anamnese: Zwei normale Geburten. Letzte Regel Mitte September. Pat. fühlte sich schwanger, öfters Erbrechen und abnorme Empfindungen. Vor 4 Wochen plötzlich Schmerzen im ganzen Leibe. Zustand besserte sich. Am 15. November Schmerzen in der rechten Seite und geringe Blutung. Am 18. November stärkere Schmerzen, stärkere Blutung, Ohnmachtsanfall. Schüttelfrost. Nach 8 Tagen derselbe Anfall.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: Leib weich, in der Fossa iliaca druckempfindlich. Dämpfung nirgends vorhanden. Rechts neben und etwas hinter dem anteflectirten und gering vergrösserten Uterus ein orangegrosser, beweglicher, empfindlicher, weicher Tumor. Es besteht geringe Blutung.

Laparotomie in Aethernarkose. Bauchdecken sehr blutreich.

Nach Eröffnung des Peritoneums werden zahlreiche Blutgerinnsel und der Tumor in der rechten Beckenhälfte verwachsen mit Darmschlingen sichtbar. Als mit der Hand in die Bauchhöhle eingegangen wird, um

den Fruchtsack von seinen Adhäsionen zu lösen, kommt der Finger etwas nach rechts und oben unter eine Brücke, deren Dach durch den Processus vermiformis gebildet wurde, der eine derbe und feste Verwachsung mit dem Fruchtsack eingegangen war. Die Verwachsung wird gelöst. Sein Mesenteriolum ist gering verdickt, sonst ist es normal.

Die Frage, ob man ihn reseciren solle, wird verneint, wegen der zu grossen Infectionsgefahr, die dadurch hervorgerufen wurde, und weil die Bauchwunde durch Naht geschlossen werden sollte. Selbst bei sorgfältigster Vernähung des Stumpfes des Proc. verm. werden normale Verhältnisse nicht wieder hergestellt. Den in dem Wurmfortsatz enthaltenen Infectionskeimen ist somit das Auswandern erleichtert. Sie finden in den in der Bauchhöhle zurückgelassenen Blutcoagulis — denn selbst durch die sorgfältigste Toilette lässt sich nicht alles entfernen — einen selten guten Nährboden. Glatter Verlauf.

21. Raue, Louise, verheirathet, 30 Jahre. Aufgenommen 30. April.

Anamnese: Zwei normale Partus. Wochenbetten glatt. Letzte Partus vor 4 Jahren. Im Januar vorigen Jahres Abort mens III. Glatter Verlauf. Letzte Regel vor 3 Wochen. Am 2. April Abends plötzlich Uebelkeiten, starkes Erbrechen und Leibschmerzen im ganzen Leibe. Leib sehr druckempfindlich. Stuhlgang während der ersten Tage angehalten. Nach 5 Tagen nach Ricinusöl Stuhlgang. Ordination: Eisblase, Bettruhe.

Die Empfindlichkeit des Leibes ging zurück, Erbrechen hielt an. Die Schmerzen zogen sich nach der rechten Seite des Unterbauches. Wasserlassen ohne Beschwerden.

Befund und Symptome bei der Aufnahme: Mittelgrosse Frau in mässigem Ernährungszustande. Temperatur 39,1° Puls 120.

Innere Organe nicht nachweisbar erkrankt. Genitalbefund: Portio nahe der Symphyse, Uterus klein, anteflectirt, gegen die Symphyse gedrängt. Hinter dem Uterus und rechts von ihm die hintere Scheidenwand vorwölbend, eine prall-elastische Resistenz, die nach oben bis zur Spina anterior sup. reicht. Sie ist in geringen Grenzen verschieblich, auf Druck stark empfindlich, fluctuirend. Stuhlgang angehalten, Wasserlassen ohne Beschwerden.

Operation in Aethernarkose: Rechtsseitiger Flankenschnitt. Bauchdecken blutreich. Nach Eröffnung des Peritoneums entleert sich eine geringe Menge dunkelschwarzen, fade riechenden Blutes. Die Bauchhöhle ist mit grossen Blutcoagulis ausgefüllt. Die Sackwand ist theilweise erhalten. Mit ihr ist der verdickte und geröthete Proc. verm. fest verwachsen. Die Verwachsungen werden gelöst. Die rechte Tube und das linke Ovarium werden gestielt, abgebunden und abgetragen. Der Proc. verm. wird nach Abbindung resecirt. Hier wurde der Wurmfortsatz ohne Bedenken entfernt, da die übrige Bauchhöhle durch unter sich verklebte Darmschlingen gegen die Hämatocele abgeschlossen war, ferner der Inhalt der Hämatocele nicht mehr steril sein konnte (hohes Fieber, Erbrechen), und die Wunde deswegen offen behandelt werden sollte. Temperatur fiel nach der Operation auf die Norm, Erbrechen hörte auf, Allgemeinbefinden hob sich. Glatter Verlauf.

Es sind dies zwei sehr interessante Fälle. In dem ersten hatte die Verwachsung noch zu keinen weiteren Complicationen geführt, während bei dem zweiten die Complicationen begannen. Nach dem Befunde ist es wohl zweifellos, dass in kurzer Zeit die Hämatocele infolge der Verwachsung mit dem entzündeten Wurmfortsatz vereitert wäre. Es war hier den im Proc. verm. befindlichen Infectionserregern Gelegenheit geboten, durch seine im entzündlichen Stadium befindlichen Wandungen auszutreten und dann in dem sehr günstigen Nährboden sich weiter zu entwickeln.

Lennander hat einige Male beobachtet, dass sich der Abscess, von einer Appendicitis ausgehend, ausschliesslich im kleinen Becken entwickelt hat. Da er diese Beckenabscesse noch nicht von den Gynäkologen erwähnt fand, so vermuthete er, dass sie wohl oft mit Suppurationen, die von den Adnexen des Uterus ausgegangen sind, verwechselt werden. Wie wir gesehen haben, wird in den neueren gynäkologischen Lehrbüchern dieser Beckenabscesse gedacht und auf die mitunter entstehende Schwierigkeit der Differentialdiagnose hingewiesen. Auch noch einiger anderer Beziehungen zwischen Appendix und rechtsseitigen Adnexen, die, wie wir gesehen haben, recht zahlreich und verschiedenartig sind, wird Erwähnung gethan. Nach den oben mitgetheilten Fällen gehört es nicht gerade zu den Ausnahmen, dass bei den Erkrankungen, die durch den Proc. verm. oder durch die rechtsseitigen Adnexe hervorgerufen werden, infolge der fast gleichen Lage und der mitunter sehr ähnlichen Krankheitsbilder irrthümliche Diagnosen gestellt wurden. Nach unserer Ansicht ist es bei sorgfältig aufgenommener Anamnese und richtig ausgeführter Untersuchung stets möglich, die betreffende Krankheit richtig zu erkennen, wenn es sich um eine einfache Erkrankung, entweder vom Appendix oder von den rechtsseitigen Adnexen ausgehend, handelt. Ganz anders verhält sich die Sache bei gleichzeitiger Erkrankung beider Organe. Hier tritt meistens sowohl in der Anamnese, wie im klinischen Bilde nur die Erkrankung des einen Organes in den Vordergrund. Es müssen besonders günstige Verhältnisse vorwalten, wenn bei diesen gleichzeitigen Erkrankungen, namentlich, wenn es sich um die chronischen Formen handelt, eine präcise Diagnose gestellt werden kann.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Sonnenburg, für die Unterstützung bei vorstehender Arbeit meinen ehrerbietigen Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Isolirte Erkrankungen der Adnexe oder des Appendix können durch genaue Untersuchungen und durch die Anamnese als solche erkannt werden, gleichzeitige werden aber stets Zweifel in der Diagnose verursachen.

II.

Die Abschwemmung von Fäkalien durch Flüsse ist vom Hygienischen Standpunkt durchaus anzuempfehlen.

III.

Die Gonorrhoe und ihre Folgezustände bilden das hauptsächlichste ätiologische Moment der weiblichen Sterilität.

Lebenslauf.

Verfasser, **Gustav Heinrich Hugo Krüger,** erster Sohn des Gutsbesitzers Heinrich Krüger, wurde am 17. November 1868 zu Missen im Kreise Kalau, Prov. Brandenburg, geboren. Er besuchte das Gymnasium zu Cottbus, wo er Michaelis 1889 das Zeugniss der Reife erhielt. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er beim 2. Garde-Feld-Artillerie-Regiment vom 1. Oktober 1892 bis 1. April 1893 in Berlin und war zu gleicher Zeit bei der Medicinischen Fakultät daselbst inskribiert. Approbiert wurde er am 10. April 1895 zu Halle a./S. Als Einjähriger Arzt diente er beim 2. Garde-Feld-Artillerie-Regiment und beim Garde-Kürassier-Regiment in Berlin vom 1. August 1895 bis 1. Februar 1896.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse der Herren:

Ackermann (†), Bernstein, v. Bramann, Doebner, Eberth, Eisler, Fehling, Harnack, Kaltenbach (†), Markwald, Volhard, Weber, Welker in Halle. Ewald, Waldeyer in Berlin. Garrè, v. Liebermeister, v. Jürgensen in Tübingen.